

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
HIPERTENSI PADA NY. Y DENGAN INTERVENSI
SENAM HIPERTENSI DI DESA JATI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS TAROGONG KALER
KABUPATEN GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Ners Pada Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

**MOH RIZKY MAULANA
KHGD24045**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

Judul : Analisis asuhan Keperawatan Gerontik Pada NY. Y Dengan
Hipertensi Dan Intervensi Senam Hipertensi di Desa Jati Wilayah
Kerja Puskesmas Tarogong Kaler Kabupaten Garut

Nama : Moh Rizky Maulana

NIM : KHGD24045

KARYA ILMIAH AKHIR - NERS

Diajukan untuk menempuh Ujian Akhir pada Program Studi Profesi Ners Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 22 September 2025

Menyetujui, Pembimbing Utama

Devi Ratnasari, S.Kp.,M.Kep.

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
HIPERTENSI PADA NY. Y DENGAN INTERVENSI
SENAM HIPERTENSI DI DESA JATI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS TAROGONG KALER
KABUPATEN GARUT
ABSTRAK**

Latar Belakang: Hipertensi merupakan masalah kesehatan global yang terus meningkat, terutama pada populasi lansia. Data WHO tahun 2023 menunjukkan satu miliar orang di dunia mengalami hipertensi. Di Indonesia, prevalensi hipertensi pada lansia sangat tinggi, mencapai 63,8% pada usia di atas 75 tahun. Kabupaten Garut sendiri mencatat 861.324 penderita hipertensi pada tahun 2024, menunjukkan perlunya peningkatan kesadaran dan penatalaksanaan. Salah satu intervensi non-farmakologis yang terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah adalah senam hipertensi. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis asuhan keperawatan gerontik pada Ny. Y dengan hipertensi menggunakan intervensi senam hipertensi di Desa Jati, wilayah kerja Puskesmas Tarogong Kaler, Kabupaten Garut. **Tujuan:** Tujuan umum dari penulisan ini adalah untuk menganalisis asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan intervensi senam hipertensi. Tujuan khususnya adalah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosis, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny. Y. **Metode:** Metode yang digunakan dalam karya ilmiah ini adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan pengkajian langsung, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Diagnosis keperawatan yang diangkat adalah nyeri kronis, defisit pengetahuan, dan risiko jatuh. Implementasi asuhan keperawatan berfokus pada manajemen nyeri, edukasi kesehatan, dan pencegahan jatuh. **Hasil:** Setelah implementasi intervensi senam hipertensi, terdapat penurunan skala nyeri pada Ny. Y dari skala 5 menjadi skala 3. Tekanan darah Ny. Y juga menunjukkan perbaikan, dari 160/90 mmHg menjadi 145/90 mmHg setelah tindakan. Selain itu, intervensi edukasi kesehatan berhasil meningkatkan pengetahuan klien tentang diet hipertensi, dan tindakan pencegahan jatuh juga berhasil menurunkan risiko jatuh. **Kesimpulan:** Terapi senam hipertensi efektif dalam menurunkan tekanan darah dan mengurangi nyeri kepala pada Ny. Y. Meskipun demikian, masalah nyeri kronis, defisit pengetahuan, dan risiko jatuh masih memerlukan penanganan lanjutan. Rekomendasi untuk praktik keperawatan adalah mengintegrasikan senam hipertensi sebagai bagian dari manajemen hipertensi komprehensif.

Kata Kunci: Lansia, Hipertensi, Senam Hipertensi

**ANALYSIS OF NURSING CARE FOR HYPERTENSION IN MRS. Y WITH
THE INTERVENTION OF
HYPERTENSION EXERCISES IN JATI VILLAGE, WORKING AREA OF
TAROGONG KALER PUBLIC HEALTH CENTER,
GARUT REGENCY**

ABSTRACT

Background: Hypertension is a global health problem that continues to increase, especially in the elderly population. WHO data in 2023 shows that one billion people in the world have hypertension. In Indonesia, the prevalence of hypertension in the elderly is very high, reaching 63.8% in those aged over 75 years. Garut Regency itself recorded 861,324 hypertension sufferers in 2024, indicating the need for increased awareness and management. One of the non-pharmacological interventions that has been proven effective in lowering blood pressure is hypertension exercise. This study aims to analyze geriatric nursing care for Mrs. Y with hypertension using hypertension exercise interventions in Jati Village, the working area of Tarogong Kaler Community Health Center, Garut Regency. **Objective:** The general objective of this paper is to analyze nursing care for hypertensive patients with hypertension exercise interventions. The specific objectives are to conduct an assessment, formulate a diagnosis, plan, implement, and evaluate nursing care for Mrs. Y. **Method:** The method used in this scientific paper is descriptive with a case study approach. Data collection is carried out through direct assessment, formulation of nursing diagnoses, planning, implementation, and evaluation. The nursing diagnoses identified were chronic pain, knowledge deficit, and fall risk. Nursing care implementation focused on pain management, health education, and fall prevention. **Results:** After implementing the hypertension exercise intervention, Mrs. Y's pain scale decreased from 5 to 3. Her blood pressure also improved, from 160/90 mmHg to 145/90 mmHg after the intervention. Furthermore, the health education intervention successfully increased the client's knowledge about hypertension diets, and fall prevention measures also successfully reduced the risk of falls. **Conclusion:** Hypertension exercise therapy was effective in lowering blood pressure and reducing headaches in Mrs. Y. However, the issues of chronic pain, knowledge deficit, and fall risk still require further management. The recommendation for nursing practice is to integrate hypertension exercise as part of comprehensive hypertension management.

Keywords: Elderly, Hypertension, Hypertension Exercise

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Allah SWT, Atas limpahan Rahmat dan Karunia-Nya yang telah diberikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini. Sholawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada Rosululloh SAW, Serta keluarga dan umatnya sepanjang zaman. Adapun Judul yang diangkat dalam pembuatan penelitian ini adalah **”ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny. Y DENGAN HIPERTENSI DAN INTERVENSI SENAM HIPERTENSI DI DESA JATI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG KALER KABUPATEN GARUT”**. Pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA- N) dilaksanakan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas akhir dalam Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN-N) ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Bapak DR. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak dr. H. Kurnadi, selaku Wakil Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H.D. Saepudin, S.Sos, M.M.Kes, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. Bapak Drs. H.M. Adjidin, M Si, selaku pengawas Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
5. Bapak H. Engkus Kurnadi S.Kep., M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Prodi Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
7. Ibu Devi Ratnasari, S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing KIAN
8. Seluruh Staf Dosen dan staf pengajar STIKes Karsa Husada Garut yang telah membekali penulis dengan berbagai ilmu yang sangat bermanfaat (khususnya staf dosen program studi profesi ners).

9. Yang paling berharga kedua orang tua penulis tersayang terimakasih untuk do'a, pengorbanan dan kasih sayangnya yang tidak akan bisa terbalaskan oleh penulis hingga kapanpun, semoga Allah SWT. Selalu memberikan kesehatan, perlindungan dan selalu di lancarkan dalam segala urusan.
10. Untuk Mba pacar terima kasih udah setia menami, memberi dukungan dan semangat yang tak henti henti.
11. Teruntuk teman-teman yang telah menemani saya selama ini yang bersedia menemani dalam keadaan apapun, yang telah menjadi support system terbaik, membantu memberikan ide, dan yang selalu perhatian dalam menemani pembuatan KIA ini.

Penyusun menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan KIA ini sangat diharapkan.

Garut, September 2025

Moh Rizky Maulana

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	i
ABSTRAK.....	ii
ABSTRACT	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Penulisan	4
1.2.1. Tujuan Umum	4
1.2.2. Tujuan Khusus.....	4
1.3. Metode Pengumpulan data.....	4
1.4. Manfaat Penulisan	4
1.4.1. Bagi Pasien Hipertensi	4
1.4.2. Bagi Profesi Keperawatan.....	5
1.4.3. Bagi Mahasiswa	5
BAB II.....	6
TINJAUAN TEORI.....	6

2.1. Lansia	6
2.1.1. Pengertian.....	6
2.1.2. Batasan Usia Lansia	6
2.1.3. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	7
2.2. Konsep Hipertensi	9
2.2.1. Pengertian.....	9
2.2.2. Klasifikasi.....	9
2.2.3. Patofisiologi	11
2.2.4 Pathway	14
2.2.5. Manifestasi Klinis	15
2.2.6. Penatalaksanaan	15
2.2.7. Komplikasi	18
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi	20
2.3.1. Pengkajian	20
2.3.2. Diagnosa Keperawatan.....	36
2.3.3. Intervensi Keperawatan.....	37
2.3.4. Implementasi Keperawatan	45
2.3.5. Evaluasi Keperawatan	49
2.4. Konsep Senam Hipertensi	51
2.4.1. Pengertian.....	51

2.4.2. Tujuan.....	52
2.4.3. Standar Prosedur Operasional (SPO)	53
2.4.4. Evidence Based Practice	59
2.4.5. Pengertian.....	59
2.4.6. Tujuan EBP	59
2.4.7. Jurnal Terkait.....	60
BAB III.....	64
TINJAUAN KASUS.....	64
3.1. Pengkajian	64
3.1.1. Riwayat Kesehatan.....	66
3.1.2. Pemeriksaan Fisik	70
3.2. Analisa Data	82
3.3. Diagnosis Keperawatan.....	84
3.4. Perencanaan.....	85
3.5. Implementasi	87
3.6. Catatan Perkembangan.....	90
3.7. Pembahasan	92
3.7.1. Pengkajian Data dan Analisa Data.....	92
3.7.2. Diagnosis Keperawatan.....	94
3.7.3. Perencanaan Keperawatan.....	98

3.7.4. Implementasi Keperawatan	101
3.7.5. Evaluasi Keperawatan	103
3.8. Pembahasan Evidence Based Practice (EBP)	105
BAB IV	107
KESIMPULAN DAN SARAN	107
4.1. Kesimpulan.....	107
4.2. Saran.....	108
4.2.1. Puskesmas	108
4.2.2. Instansi Perguruan Tinggi	108
4.2.3. Mahasiswa Peneliti.....	108
DAFTAR PUSTAKA	109
LAMPIRAN.....	112

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Katz index	23
Tabel 2.2 <i>Short Portable Mental Status Quesioner</i> (SPMSQ).....	26
Tabel 2.3 <i>Mini Mental Status Exam</i> (MMSE).....	27
Tabel 2.4 Skreening resiko jatuh.....	31
Tabel 2.5 <i>The time up and Go</i> (TUG) test	32
Tabel 2.6 Tabel Tingkat Depresi.....	32
Tabel 2.7 Tabel Intervensi Keperawatan	38
Tabel 2.8. SPO Senam Hipertensi	54
Tabel 2.9 Jurnal	60
Tabel 3.1 Nutrisi metabolik.....	67
Tabel 3.2 Pola Eliminasi.....	68
Tabel 3.3 APGAR Keluarga.....	73
Tabel 3.4 SPMSQ.....	74
Tabel 3.5 MMSE	75
Tabel 3.6 KATZ Indeks	76
Tabel 3.7 Fungsional reach	78
Tabel 3.8 The Timed Up And Go (TUG).....	79
Tabel 3.9 Skala depresi	79
Tabel 3.10 Analisa Data.....	81
Tabel 3.11 Perencanaan.....	84
Tabel 3.12 Implementasi	87
Tabel 3.13 Catatan Perkembangan	89

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Hipertensi merupakan penyakit dimana tekanan darah pada seseorang melebihi ambang batas normal yang telah ditentukan. Menurut WHO, tekanan darah dapat dikatakan tinggi jika tekanan darah sistoliknya berada diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastoliknya berada di atas 90mmHg (WHO, 2023).

Data *World Health Organization* (WHO, 2023) ada sekitar satu milyar orang di dunia yang mengalami hipertensi dan berada di negara berkembang dan diprediksi tahun 2025 akan menjadi 29 % atau 1,6 miliar orang di seluruh dunia mengalami hipertensi. Tahun 2022 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia memiliki hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Prevalensi hipertensi di Asia Tenggara menempati posisi ke-3 dengan persentase 25% dari penduduk Asia Tenggara (Kemenkes RI, 2022).

Prevalensi kejadian hipertensi pada lansia di Indonesia sebesar 45.9% pada usia 55-64 tahun, 57,6% pada usia 65-74 tahun dan 63,8% pada usia >75 tahun (Kemenkes 2023). Sedangkan prevalensi hipertensi di Jawa Barat, yang didapat melalui sensus pada data provinsi Jawa Barat di dapatkan bahwa Jawa Barat menempati posisi ke-4 dengan kasus hipertensi terbanyak yaitu sebesar (29,4%) (Riskesdas, 2013). Pada tahun 2018, Jawa Barat menduduki urutan ke dua sebagai provinsi dengan kasus hipertensi tertinggi di Indonesia yaitu sebesar 44.1% (Riskesdas, 2018).

Dinas Kesehatan Sedangkan di Kabupaten Garut pada tahun 2024 jumlah penderita hipertensi sebanyak 861.324 orang (Dinkes Garut, 2024). Hal tersebut menunjukkan bahwa kesadaran penderita hipertensi untuk pengobatan menurunkan tekanan darahnya masih kurang.

Pengobatan hipertensi sangat perlu ditingkatkan tujuannya untuk mencegah kenaikan hipertensi yang mengakibatkan terjadinya komplikasi penyakit lain. Pada umumnya penatalaksanaan tekanan darah tinggi terbagi dua yaitu meliputi terapi farmakologi (obat anti hipertensi, diuretic, penyekat beta, penghambat enzim konversi angiotensin, penghambat reseptor angiotensin dan antagonis kalsium). Sedangkan pengobatan nonfarmakologis dilakukan dengan cara mengubah pola hidup menjadi lebih sehat seperti berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol, mengurangi konsumsi garam dan lemak, memperbanyak konsumsi buah, bila memiliki berat badan lebih dapat melakukan diet, latihan fisik dan terapi komplementer (Corwin, 2009).

Terapi komplementer merupakan terapi pengobatan alami salah satu yang dapat dilakukan untuk menurunkan dan mengontrol tekanan darah yaitu dengan senam hipertensi. Senam hipertensi merupakan salah satu intervensi non-farmakologis yang terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Intervensi ini mengacu pada aktivitas fisik terstruktur dan terukur yang dirancang khusus untuk merangsang sistem kardiovaskular secara aman dan bertahap (Nugroho et al., 2023). Menurut Putri et al., (2022) senam hipertensi dapat meningkatkan elastisitas pembuluh darah, menurunkan resistensi perifer, dan memperbaiki fungsi endotel, yang secara keseluruhan

berkontribusi terhadap penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik secara signifikan.

Selain itu, senam hipertensi juga mendukung peningkatan kadar hormon endorfin dan penurunan hormon stres seperti kortisol, yang berdampak pada regulasi tekanan darah yang lebih stabil. Kegiatan ini tidak hanya meningkatkan kondisi fisik pasien, tetapi juga memberikan efek psikologis positif yang memperkuat kepatuhan pasien terhadap pengelolaan penyakit. Oleh karena itu, integrasi senam hipertensi ke dalam praktik keperawatan komunitas maupun klinis menjadi sangat relevan dan direkomendasikan sebagai bagian dari manajemen hipertensi secara komprehensif (Kim et al., 2021).

Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan atau intervensi yang diberikan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien, baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Proses ini mencakup pengkajian kondisi pasien, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi hasilnya. Tujuan utama asuhan keperawatan adalah meningkatkan, memelihara, atau memulihkan kesehatan pasien, serta mencegah komplikasi atau memburuknya kondisi kesehatan pasien. Senam hipertensi sendiri masuk kedalam proses asuhan keperawatan pada perencanaan dan tindakan keperawatan.

Berdasarkan penjelasan latar belakang di atas penulis tertarik untuk mengetahui tentang Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik Hipertensi Pada

Ny. Y Dengan Intervensi Senam Hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.

1.2. Tujuan Penulisan

1.2.1. Tujuan Umum

Tujuan umum untuk mengetahui Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Hipertensi dan Intervensi Terapi Senam Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Ny. Y dengan hipertensi.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada Ny. Y dengan hipertensi.
3. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. Y dengan hipertensi.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan hipertensi.
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada Ny. Y dengan hipertensi.
6. Mahasiswa mampu menganalisis Evidence Based Practice ke dalam asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan hipertensi.

1.3. Metode Pengumpulan data

Metode penulisan karya ilmiah ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus.

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1. Bagi Pasien Hipertensi

Sebagai tambahan informasi dan dapat menambah pengetahuan tentang penyakit hipertensi, serta dapat menyikapi dan mengatasi hipertensi dengan terapi senam hipertensi.

1.4.2. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat dijadikan referensi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan terapi senam hipertensi untuk membantu mengatasi masalah kesehatan pasien.

1.4.3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat menambah pengetahuan dan pengalaman tentang terapi senam hipertensi pada penderita hipertensi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Lansia

2.1.1. Pengertian

Menurut *World Health Organization* (WHO,2022), lanjut usia atau lansia adalah individu yang berusia 60 tahun ke atas, juga membagi kategori lansia menjadi tiga kelompok: usia menengah (45–59 tahun), usia lanjut (60–74 tahun), usia lanjut tua (75–90 tahun), dan usia sangat tua (>90 tahun)(WHO, 2022).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020), lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Lansia dibagi menjadi tiga kategori: pra-lansia (45–59 tahun), lansia (60–69 tahun), dan lansia lanjut (70 tahun ke atas). Kementerian Kesehatan juga menekankan pentingnya kesehatan fisik, mental, dan sosial bagi kelompok usia ini.

Handayani (2021) mendefinisikan lansia sebagai individu yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun. Lansia umumnya mengalami perubahan fisiologis yang memengaruhi kesehatan secara keseluruhan, seperti penurunan fungsi kognitif, kekuatan fisik, dan kapasitas sosial. Oleh karena itu, diperlukan perhatian khusus terhadap kesehatan dan kesejahteraan mereka

2.1.2. Batasan Usia Lansia

Menurut *World Health Organization* (WHO), batasan usia lansia dibagi menjadi beberapa kategori. Usia pertengahan atau middle age mencakup rentang 45 hingga 54 tahun. Setelah itu, seseorang masuk dalam kategori lansia

atau elderly ketika berusia 55 hingga 65 tahun. Pada usia 66 hingga 74 tahun, mereka dikategorikan sebagai lansia muda atau young old. Saat mencapai usia 75 hingga 90 tahun, seseorang dianggap sebagai lansia tua atau old. Di atas usia 90 tahun, mereka masuk ke dalam kelompok lansia sangat tua atau very old (WHO, 2022).

2.1.3. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Menurut Kholifah (2016), ada beberapa perubahan yang dialami lansia:

1. Perubahan Fisik:

- a. Sistem Indra: Penurunan pendengaran (presbiakusis) umum terjadi pada lansia, terutama untuk nada tinggi dan suara yang tidak jelas.
- b. Sistem Integumen: Kulit menjadi tipis, kering, kendur, tidak elastis, dan muncul bercak coklat (liver spot).
- c. Sistem Musculoskeletal: Penurunan kepadatan tulang, degenerasi kartilago sendi, dan perubahan struktur otot yang mengakibatkan kelemahan dan risiko osteoporosis.
- d. Sistem Kardiovaskuler: Jantung mengalami penebalan, ventrikel kiri mengalami hipertrofi, dan ada perubahan pada jaringan ikat serta sistem konduksi.
- e. Sistem Respirasi: Kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru meningkat, dan gerakan pernapasan terganggu.
- f. Sistem Pencernaan dan Metabolisme: Penurunan fungsi pencernaan, seperti menurunnya produksi enzim, kehilangan gigi, dan mengecilnya hati.

- g. Sistem Perkemihan: Penurunan fungsi ginjal, termasuk laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi.
 - h. Sistem Saraf: Penurunan koordinasi dan kemampuan motorik akibat perubahan anatomi saraf.
 - i. Sistem Reproduksi: Terjadi atrofi pada organ reproduksi wanita; pada pria, produksi sperma berkurang.
2. Perubahan Kognitif: Terdapat penurunan daya ingat, IQ, kemampuan belajar, dan pemecahan masalah. Pemeliharaan fungsi kognitif sangat penting untuk kesejahteraan lansia agar mereka tetap dapat melakukan aktivitas fisik, sosial, dan spiritual dengan baik.
 3. Perubahan Mental: Perubahan mental dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kesehatan fisik, lingkungan, dan gangguan saraf. Lansia mungkin mengalami penurunan konsep diri dan perubahan dalam gambaran diri.
 4. Perubahan Spiritual: Lansia cenderung lebih matang dalam kehidupan keagamaan dan spiritual, yang semakin terintegrasi dalam pemikiran dan tindakan sehari-hari.
 5. Perubahan Psikososial: Lansia dapat mengalami kesepian, depresi, kecemasan, dan gangguan psikologis lainnya, seperti parafrenia dan sindrom diogenes, yang mempengaruhi perilaku dan interaksi sosial mereka.

2.2. Konsep Hipertensi

2.2.1. Pengertian

Hipertensi adalah seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang ditunjukkan oleh angka systolic dan distolic pada pemeriksaan tensi darah (WHO, 2022). Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan istirahat/tenang (Pudiastuti, 2019).

Hipertensi adalah penyakit kelainan jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah, hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan keadaan perubahan dimana tekanan darah meningkat secara kronik (Fildayanti, 2020).

Kesimpulan kalimat diatas hipertensi adalah kondisi serius yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal, yang dapat diukur melalui angka sistolik dan diastolik. Tekanan darah yang melebihi 140/90 mmHg, jika terdeteksi berulang kali dalam kondisi tenang, menandakan adanya hipertensi.

2.2.2. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan hasil ukur tekanan darah menurut *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Bloods Preassure (JNC) ke-VIII dalam Smeltzer & Bare (2010)* yaitu <130 mmHg untuk tekanan darah systole dan <85 mmHg untuk tekanan darah diastole (Nuraisyah & Kusumo, 2021).

Klasifikasi Menurut (WHO, 2023) :

1. Tekanan Darah Normal:

Tekanan darah sistolik di bawah 120 mmHg dan tekanan darah diastolik di bawah 80 mmHg dianggap normal.

2. Pra-Hipertensi (Elevated):

Tekanan darah dalam kisaran 120-129 mmHg untuk sistolik dan di bawah 80 mmHg untuk diastolik dianggap sebagai kondisi yang memerlukan perhatian untuk pencegahan hipertensi lebih lanjut.

3. Hipertensi Derajat 1:

Tekanan darah dalam rentang 130-139 mmHg untuk sistolik dan 80-89 mmHg untuk diastolik diklasifikasikan sebagai hipertensi tahap 1, yang mungkin memerlukan perubahan gaya hidup atau obat-obatan ringan.

4. Hipertensi Derajat 2:

Tekanan darah 140-159 mmHg untuk sistolik dan 90-99 mmHg untuk diastolik dikategorikan sebagai hipertensi tahap 2. Pasien ini biasanya memerlukan pengobatan medis yang lebih intensif.

5. Hipertensi Derajat 3 (Hipertensi Berat):

Ketika tekanan darah sistolik mencapai ≥ 160 mmHg atau diastolik ≥ 100 mmHg, kondisi ini dianggap hipertensi berat yang memerlukan penanganan segera.

6. Hipertensi Krisis

Jika tekanan darah melebihi 180/120 mmHg, kondisi ini adalah keadaan darurat medis, yang dapat menyebabkan komplikasi serius seperti serangan jantung, *stroke*, atau gagal ginjal. Intervensi medis darurat diperlukan

2.2.3. Patofisiologi

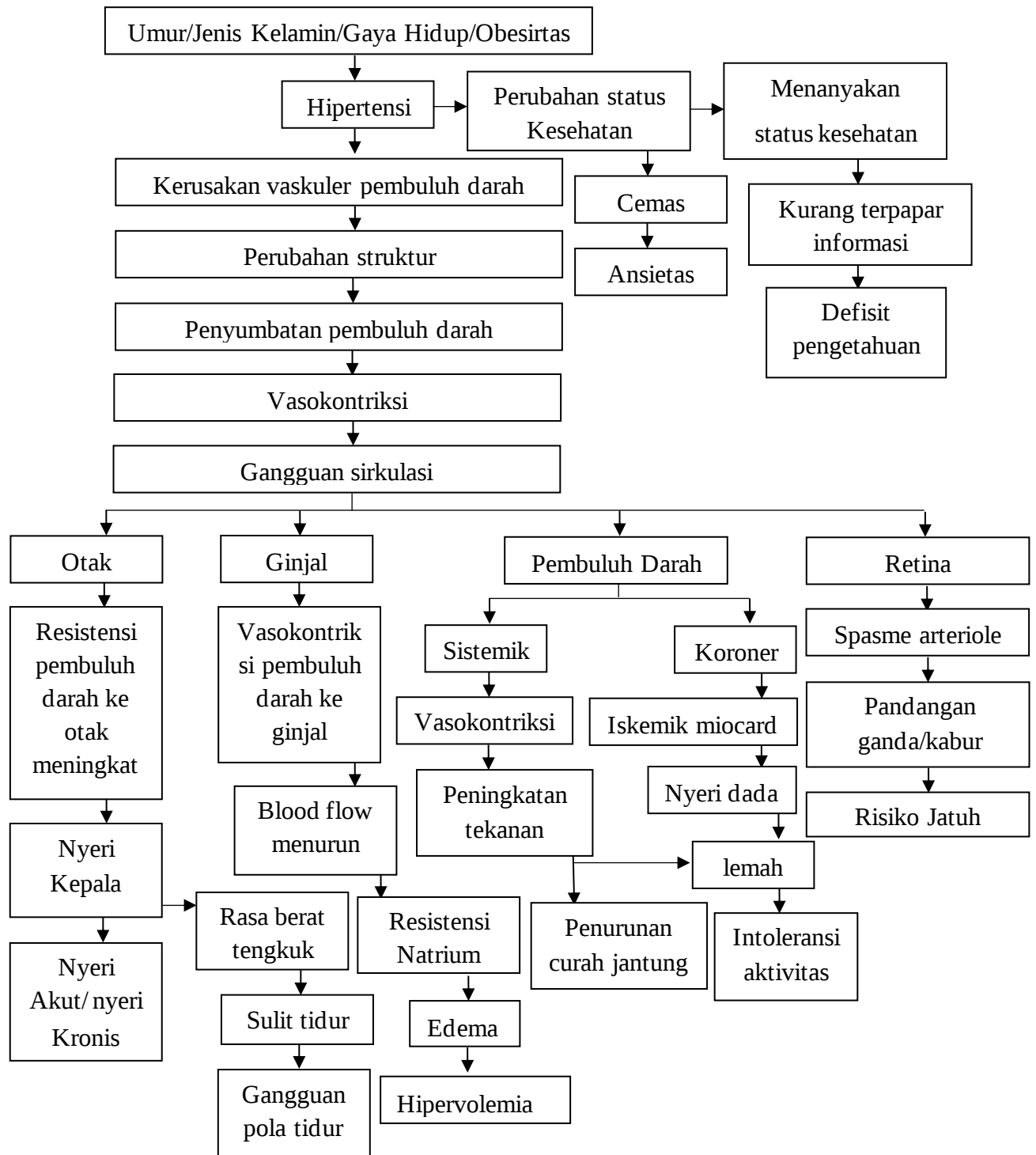
Hipertensi merupakan suatu kondisi dimana tekanan darah meningkat secara menetap akibat berbagai faktor risiko seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup tidak sehat, dan obesitas. Tekanan darah tinggi yang berlangsung lama menyebabkan kerusakan vaskuler pada pembuluh darah, ditandai dengan perubahan struktur dinding arteri, penyumbatan, serta vasokonstriksi yang akhirnya menimbulkan gangguan sirkulasi ke berbagai organ tubuh. Gangguan ini tidak hanya memunculkan gejala fisik, tetapi juga berpengaruh pada aspek psikologis dan pengetahuan pasien mengenai penyakitnya. Pada otak, peningkatan resistensi pembuluh darah serebral akibat hipertensi kronis menyebabkan penurunan aliran darah ke jaringan otak. Hal ini menimbulkan gejala berupa nyeri kepala yang bisa bersifat akut maupun kronis. Pasien sering mengeluh rasa berat pada tengkuk, sulit tidur, dan gangguan pola tidur. Berdasarkan kondisi ini, diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan adalah Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial serta Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa tidak nyaman akibat nyeri kepala. Pada ginjal, vasokonstriksi arteri menyebabkan penurunan perfusi ginjal sehingga memicu aktivasi sistem *renin-angiotensin-aldosteron* (RAAS). Akibatnya, terjadi retensi natrium dan cairan yang berujung pada edema dan hipervolemia. Pasien dapat mengalami pembengkakan, rasa tidak nyaman, dan kesulitan tidur. Dari proses ini muncul diagnosa keperawatan Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi natrium dan air serta Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa tidak nyaman. Secara sistemik, vasokonstriksi yang terus menerus akan meningkatkan tekanan darah dan memperberat beban kerja jantung.

Hal ini membuat jantung mengalami penurunan kemampuan memompa darah sehingga curah jantung menurun. Gejala klinis yang muncul berupa mudah lelah, lemah, dan intoleransi aktivitas. Pada kondisi ini, diagnosa yang sesuai adalah Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload serta Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan curah jantung. Gangguan juga terjadi pada jantung, khususnya pembuluh darah koroner. Penyempitan dan penyumbatan arteri koroner menyebabkan iskemia miokard sehingga suplai oksigen ke otot jantung tidak tercukupi. Akibatnya timbul nyeri dada (angina pectoris), disertai kelemahan dan kadang palpitasi. Berdasarkan gejala tersebut, diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan adalah Nyeri akut berhubungan dengan iskemia miokard dan Penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas menurun. Pada retina, spasme arteriola menyebabkan gangguan aliran darah ke mata. Pasien sering mengeluh pandangan kabur atau ganda, yang dapat meningkatkan risiko jatuh terutama pada usia lanjut. Oleh karena itu, diagnosa keperawatan yang muncul adalah Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan akibat retinopati hipertensi. Selain dampak fisik, hipertensi kronis juga membawa beban psikologis. Perubahan status kesehatan, gejala yang berulang, serta komplikasi yang dialami membuat pasien sering merasa cemas, gelisah, bahkan mengalami ansietas. Dari kondisi ini, diagnosa keperawatan yang relevan adalah Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Faktor lain yang sering ditemukan adalah kurangnya informasi yang dimiliki pasien mengenai penyakitnya. Banyak pasien tidak mengetahui secara tepat tentang penyebab, cara pencegahan, maupun pengobatan hipertensi sehingga kepatuhan terhadap terapi

rendah. Hal ini memunculkan diagnosa keperawatan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang hipertensi.

2.2.4 Pathway

Bagan 2.1 Pathway



Sumber: (WOC) dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017)

2.2.5. Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif & Kusuma (2013) dalam (Safitri & Ismawati, 2018), manifestasi klinis pada hipertensi :

1. Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg
2. Sakit kepala/ sakit dada
3. Rasa berat tengkuk
4. Penyumbatan pembuluh darah
5. Sulit tidur
6. Edema
7. Lemah
8. Pandangan ganda/ kabur

2.2.6. Penatalaksanaan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskular dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah di bawah 140/90 mmHg Brunner & Suddart, 2015 dalam (Pancawati, 2018). Prinsip pengelolaan hipertensi meliputi:

1. Terapi Tanpa Obat (Nonfarmakologi)

Modifikasi gaya hidup sangat penting dalam penatalaksanaan nonfarmakologis untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan ini meliputi:

- a. Mempertahankan Berat Badan Ideal

Mempertahankan berat badan ideal dengan BMI antara 18,5–24,9 kg/m². BMI dihitung dengan membagi berat badan (kg) dengan tinggi

badan (m) yang dikuadratkan. Diet rendah kolesterol yang kaya protein dan serat dapat membantu menurunkan berat badan. Penurunan berat badan 2,5–5 kg dapat menurunkan tekanan darah diastolik sebesar 5 mmHg.

b. Mengurangi Asupan Natrium (Sodium)

Diet rendah garam (tidak lebih dari 100 mmol/hari atau 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/hari) dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 5 mmHg dan diastolik sebesar 2,5 mmHg. Mengurangi konsumsi garam hingga 1/2 sendok teh per hari juga efektif.

c. Membatasi Konsumsi Alkohol

Mengonsumsi lebih dari 2 gelas alkohol per hari pada pria atau lebih dari 1 gelas pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah. Pembatasan konsumsi alkohol dapat membantu menurunkan tekanan darah.

d. Menghindari Merokok

Merokok meningkatkan risiko komplikasi hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke. Nikotin dalam tembakau menyebabkan jantung bekerja lebih keras, mempersempit pembuluh darah, dan meningkatkan denyut jantung serta tekanan darah.

e. Asupan Kalium (K) dan Kalsium (Ca) yang Cukup

Kalium membantu menurunkan tekanan darah dengan meningkatkan ekskresi natrium melalui urin. Mengonsumsi buah dan

sayur setidaknya 3-5 porsi sehari dapat mencukupi asupan kalium (>90 mmol atau 3500 mg/hari).

f. Mengelola Stres

Stres berkepanjangan dapat menyebabkan peningkatan sementara tekanan darah. Relaksasi seperti yoga, meditasi, dan relaksasi otot dapat mengontrol sistem saraf dan menurunkan tekanan darah (Hartono, 2017).

g. Terapi Senam Hipertensi

Wahyuni et al. (2023) menyatakan bahwa senam hipertensi dapat digunakan sebagai metode nonfarmakologis dalam pengelolaan hipertensi. Aktivitas fisik yang terstruktur ini bekerja dengan meningkatkan denyut jantung dan sirkulasi darah, sehingga membantu merelaksasi pembuluh darah serta menurunkan tekanan yang terjadi pada sistem kardiovaskular. Intervensi ini terbukti bermanfaat dalam menjaga kestabilan tekanan darah, terutama pada lansia atau individu dengan risiko hipertensi.

2. Terapi dengan Obat (Farmakologi)

Penatalaksanaan farmakologi melibatkan penggunaan obat-obatan, antara lain:

- a. Penghambat Saraf Simpatik: Menghambat aktivitas saraf simpatik untuk mencegah kenaikan tekanan darah. Contoh: Metildopa, Clonidin, Catapres, Reserpin.
- b. Beta Bloker: Mengurangi daya pompa jantung sehingga menurunkan tekanan darah. Contoh: Propanolol, Atenolol, Bisoprolol.

- c. Vasodilator: Merelaksasi otot pembuluh darah untuk menurunkan tekanan darah.
- d. Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitor: Menghambat angiotensin II, zat yang meningkatkan tekanan darah.
- e. Calcium Antagonis: Menghambat kontraksi jantung untuk menurunkan tekanan darah. Contoh: Nifedipin (Adalat, Codalat, Farmalat), Diltiazem (Herbeser, Farmabes).
- f. Antagonis Reseptor Angiotensin II: Menghalangi efek angiotensin II pada reseptornya untuk mengurangi beban jantung. Contoh: Valsartan, Davon.
- g. Diuretik: Mengeluarkan cairan tubuh melalui urin untuk mengurangi volume darah dan menurunkan beban jantung.

2.2.7. Komplikasi

Kompiliasi menurut Agustina et al. (2020) menyebutkan bahwa komplikasi hipertensi sebagai berikut:

1. Stroke

Stroke dapat terjadi akibat perdarahan yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi di otak atau embolus yang terlepas dari pembuluh darah di luar otak yang mengalami tekanan tinggi. Pada hipertensi kronis, arteri-arteri yang menyuplai darah ke otak dapat mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area yang diperdarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami aterosklerosis juga dapat menjadi lemah, meningkatkan risiko terbentuknya aneurisma. Gejala stroke meliputi sakit kepala mendadak, kebingungan,

kehilangan keseimbangan, kelemahan atau kesulitan menggerakkan bagian tubuh tertentu (seperti wajah, mulut, atau lengan terasa kaku), kesulitan berbicara secara jelas, dan kehilangan kesadaran secara tiba-tiba.

2. Infark Miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang mengalami aterosklerosis tidak dapat menyediakan oksigen yang cukup ke miokardium, atau jika terjadi pembentukan trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Pada kondisi hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi, yang dapat menyebabkan iskemia jantung dan infark miokard. Hipertrofi ventrikel juga dapat menyebabkan perubahan dalam konduksi listrik di ventrikel, yang dapat mengakibatkan aritmia, hipoksia jantung, dan meningkatkan risiko pembentukan bekuan darah.

3. Gagal Ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi akibat kerusakan progresif yang disebabkan oleh tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal dan glomerulus. Kerusakan pada membran glomerulus dapat menyebabkan gangguan aliran darah ke unit-unit fungsional ginjal (nefron), yang berpotensi menyebabkan hipoksia dan kematian sel. Ketika membran glomerulus rusak, protein dapat keluar melalui urin, mengurangi tekanan osmotik koloid plasma, yang pada gilirannya menyebabkan edema, kondisi yang sering ditemui pada hipertensi kronis.

4. Gagal Jantung

Tekanan darah yang sangat tinggi memaksa otot jantung untuk bekerja lebih keras dalam memompa darah, yang menyebabkan hipertrofi (pembesaran) otot jantung kiri dan akhirnya gagal jantung. Pembesaran otot jantung kiri disebabkan oleh beban kerja yang berlebihan akibat tekanan darah tinggi.

5. Kerusakan pada Mata

Tekanan darah yang terlalu tinggi dapat merusak pembuluh darah dan saraf di mata, yang dapat menyebabkan gangguan penglihatan dan komplikasi lainnya (Ningrum, 2021).

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data secara sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Wahyuni, 2016).

1. Identitas

Identitas lansia mencakup informasi seperti nama, alamat, jenis kelamin, umur, status pernikahan, agama, suku, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, sumber pendapatan, tempat tinggal saat ini, dan lama tinggal. Pada kasus hipertensi, identitas yang paling relevan adalah usia, karena hipertensi sering terjadi pada lansia yang berusia di atas 50 tahun.

2. Riwayat Kesehatan

Status Kesehatan Saat Ini: Lansia dengan hipertensi sering mengeluhkan nyeri kepala bagian belakang, tengkuk terasa pegal, kaku, dan sakit. Keluhan ini dapat muncul secara berkala dan sering kali meningkat saat tekanan darah tinggi (Udjianti, 2011). Menurut Mubarak (2020), jika lansia melaporkan nyeri, pengkajian dapat dilakukan dengan metode PQRST sebagai berikut:

- a. Provoking (Pemicu): Faktor pemicu nyeri hipertensi termasuk kelelahan atau kecapekan.
- b. Quality (Kualitas): Kualitas nyeri pada hipertensi biasanya berupa nyeri tajam atau tertusuk-tusuk.
- c. Region (Daerah): Daerah nyeri akibat hipertensi umumnya terletak di kepala bagian belakang, leher, dan pundak.
- d. Severity (Skala): Skala nyeri hipertensi tergantung pada penilaian pasien.
- e. Time (Waktu): Durasi nyeri dapat bervariasi; nyeri hipertensi bisa bersifat hilang timbul atau kadang-kadang menetap.

3. Status Fisiologis

- a. Pola Kesehatan Sehari-hari:

Nutrisi: Mengkaji jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi lansia, kebiasaan makan, makanan yang disukai dan tidak disukai, pantangan makan, serta keluhan saat makan. Makanan yang mengandung garam, lemak, dan kolesterol tinggi dapat mempengaruhi hipertensi. Pembatasan asupan natrium sangat dianjurkan untuk

kesehatan penderita hipertensi. Keluhan seperti nyeri kepala, mual, muntah, penurunan berat badan, dan penggunaan diuretik perlu diperhatikan (Nurhidayat, 2015).

- b. Eliminasi: Mengkaji frekuensi, konsistensi, kebiasaan, dan keluhan saat buang air besar dan buang air kecil.
- c. Istirahat/Tidur: Pasien hipertensi sering mengalami kesulitan tidur akibat nyeri kepala.
- d. Aktivitas Sehari-hari: Lansia dengan hipertensi mungkin mengalami kesulitan beraktivitas karena mudah lelah dan nyeri kepala yang mengganggu aktivitas. Evaluasi kemandirian dan keseimbangan lansia dalam beraktivitas dapat dilakukan menggunakan instrumen seperti indeks Katz, indeks Barthel, dan format keseimbangan lansia.

Tabel 2.1 Katz index

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri		
2.	Berpakaian Mandiri :		

	Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan, pakaian, mengancingi/mengikatpakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		
3.	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		
4.	BerpindahMandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Tergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan		
5.	KontinenMandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total penggunaan kateter,pispot, enema dan pembalut (pampers)		
6.	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Tergantung:		

	Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral(NGT)		
--	--	--	--

Interpretasi Hasil :

- a. Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian
- b. Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- c. Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- d. Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- e. Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan.
- f. Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, dan satu fungsi tambahan
- g. Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

4. Pola Hubungan dan Peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah dan masalah keuangan. Pengkajian APGAR keluarga.

- a. A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya
- b. P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan
- c. G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.
- d. A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman - teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi- emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.
- e. R : Resolve Saya puas dengan cara teman- temansaya dan saya menyediakan waktu bersama – sama.

Interpretasi hasil :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai : 7-10 : Tidak ada disfungsi

5. Pola sensori dan kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan dan pembau. Pada klien katarak dapat ditemukan gejala gangguan penglihatan perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap. Sedangkan tandanya adalah tampak kecoklatan atau putih susu pada pupil, peningkatan air mata.

a. Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Tabel 2.2

Short Portable Mental Status Questioner SPMSQ

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Jam berapa sekarang ?		
2.	Tahun berapa sekarang ?		
3.	Kapan Bapak/Ibu lahir?		
4.	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ?		
5.	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ?		
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?		
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ?		
8.	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ?		
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ?		
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab		

Interpretasi Hasil :

Skore salah : 0-2 (fungsi intelektual utuh)

Skore salah : 3-4 (kerusakan intelektual ringan)

Skore salah : 5-7 (kerusakan intelektual sedang)

Skore salah : 8-10 (kerusakan intelektual berat)

b. Mini Mental Status Exam (MMSE)

Tabel 2.3

Mini Mental Status Exam (MMSE)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Pertanyaan
1.	ORIENTASI	5		Menyebutkan dengan benar : 1. Tahun berapa sekarang ? 2. Musim apa sekarang ? 3. Tanggal berapa sekarang ? 4. Hari apa sekarang ? 5. Bulan apa sekarang ?
2.	REGISTRASI	3		Sebut nama 3 obyek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap obyek yang ditunjukkan), lalu Tanya kembali ketiga obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 point untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat, Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal maka tidak dapat dilakukan test pada MENGINAT

3.	PERHATIAN & KALKULASI	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar) 1)93 2)86 3)79 4)72 5)65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa dengan mengeja alimat secara mundur (skor adalah jumlah huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya), misalnya : DUNIA (eja: A-I-N-U-D)
4.	MENINGAT	3		Minta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri nilai 1 point untuk setiap obyek yang disebutkan
5.	BAHASA	9		a. Memberi nama : Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (misa jam tangan

			atau pensil), point 1 untuk masing-masing jawaban benar (skor=2) b. Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya “namun”, “tanpa”, “bila” atau kata yang lebih sulit lagi : “taka da jika, dan, atau, tetapi” Hanya 1 kali mencoba. Pont 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan. c. Perintah 3 tahap (3stage comment) Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai, Nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar d. Membaca Dalam selembar kertas kosong tulis “Pejamkan mata Anda” Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1
--	--	--	--

			hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) e. Menulis 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 nilai 1 point. f. Menyalin Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar bernilai 1 point
Nilai			

Interpretasi Hasil:

24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

≤ 21 : Peningkatan resiko demensia

18-23 : Gangguan kognitif ringan

0-17 : Gangguan kognitif berat

c. Skreening Resiko Jatuh

Tabel 2.4

Skreening resiko jatuh

No.	Langkah
1.	Minta Pasien Berdiri di Sisi Tembok Dengan Tangan Direntangkan Kedepan
2.	Beri Tanda Letak Tangan I
3.	Minta Pasien Condong Kedepan Tanpa Melangkah Selama 1-2 Menit, Dengan Tangan Direntangkan Ke Depan
4.	Beri Tanda Letak Tangan Ke II Pada Posisi Condong
5.	Ukur Jarak Antara Tanda T I & Ke II

Interpretasi : Usia Lebih 70 Tahun : Kurang 6 Inchi : Resiko Roboh

d. The time up and Go (TUG) test

Tabel 2.5

The time up and Go (TUG) test

No.	Langkah
1.	Posisi Pasien Duduk Dikursi
2.	Minta Pasien berdiri Dari Kursi, Berjalan 10 Langkah(3meter), Kembali Ke Kursi, Ukur Waktu Dalam Detik

Interpretasi :

- 1) ≤ 10 detik : low risk of falling
- 2) 11 - 19 detik : low to moderate risk for falling

3) 20 – 29 detik : moderate to high risk for falling

4) ≥ 30 detik : impaired mobility and is at high risk of falling

6. Pengkajian Skala Depresi

Tabel 2.6

Tabel Tingkat Depresi

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?		
2.	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda? Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan dan Minat/ Kesenangan Anda		
3.	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?		
4.	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?		
5.	Apakah Anda Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?		
6.	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?		
7.	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?		
8.	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?		
9.	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?		
10.	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan		
11.	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?		

12.	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?		
13.	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?		
14.	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?		
15.	Apakah Anda Pikir Bahwa Orang Lain, Lebih Baik Keadaannya Daripada Anda?		

Interpretasi :

<5 : Normal

5-9 : Kemungkinan besar depresi

10 : Lebih menunjukkan depresi

7. Personal hygiene

Adanya kesukaran untuk melakukan perawatan diri karena pasien dengan hipertensi lebih sering mengalami nyeri kepala dan mudah lelah.

8. Reproduksi dan seksual

Pasien lansia terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan hipertensi.

9. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda Vital dan Status Gizi

Keadaan umum: keadaan umum pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala umumnya lemah. Kesadaran: kesadaran klien Composmentis, Apatis sampai Somnolen. TTV: suhu normal (36- 37°C), nadi meningkat

pada arteri korotis, jugularis, dan pulsasi radialis ($>80x/\text{menit}$), tekanan darah meningkat ($>140/90 \text{ mmHg}$) dan pernafasan meningkat $>20x/\text{menit}$.

b. Sistem respirasi

Inspeksi: bila melibatkan sistem pernafasan, umumnya ditemukan kesimetrisan rongga dada, klien tidak sesak napas, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan. Palpasi: fremitus antara kanan dan kiri seimbang. Perkusi: suara resonan pada seluruh lapang paru. Auskultasi: suara napas hilang atau melemah pada sisi yang sakit biasanya didapatkan suara ronki dan mengi.

c. Sistem kardiovaskular

Denyut jantung cepat, tekanan darah meningkat, pengisian kapiler kurang dari 1 detik, sering ditemukan keringat dingin dan pusing karena nyeri. Suara S1 dan S2 tunggal, kulit pucat, sianosis.

d. Sistem neurosensori

Gejala: keluhan nyeri kepala (terjadi saat bangun tidur dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam, terjadi gangguan penglihatan secara spontan setelah beberapa jam, terjadi gangguan penglihatan). Tanda: status mental terjadi perubahan keterjagaan dan disorientasi.

e. Sistem pencernaan

Gejala: ketidakmampuan dalam mengkonsumsi makanan atau cairan yang tidak adekuat karena mual, muntah, anoreksia, dan kesulitan untuk

mengunyah makanan. Tanda: penurunan berat badan, membran mukosa tidak lembab.

f. Sistem integumen

Kulit pada pasien hipertensi mengalami keringat yang berlebih, mukosa bibir dan turgor kulit terjadi penurunan karena nafsu makan yang turun, terjadi edema di daerah tertentu.

g. Sistem muskuloskeletal

Terjadi kelemahan fisik, respon motorik terjadi penurunan genggamannya, biasanya terjadi perubahan gaya berjalan

h. Sistem urinaria

Produksi urin dalam batas normal serta tidak ada keluhan pada sistem perkemihan, kecuali sudah menderita penyakit hipertensi yang sudah komplikasi ke ginjal.

i. Status Psikososial dan Spiritual

1) Psikologis Persepsi

Lansia terhadap proses menua yang sedang dihadapinya, apakah lansia menerima atau menolak, kebanyakan lansia menolak terhadap proses menua yang mereka hadapi. Harapan lansia terhadap proses menua yang mereka hadapi kebanyakan ingin menghabiskan waktu dengan orang terdekat. Lansia dengan hipertensi kebanyakan mengalami nyeri kepala yang mengganggu aktivitas, nyeri yang tidak kunjung sembuh membuat lansia mengalami depresi. Perawat harus mengkaji status depresi lansia dengan meminta lansia mengisi format

pengkajian tingkat depresi lansia. Instrumen yang digunakan Inventaris Depresi Geriatrik dan Inventaris Depresi Beck (Kushariyadi, 2020).

2) Sosial

Hubungan lansia dengan orang terdekat disekitarnya yaitu petugas kesehatan dan teman satu wisma sebagai peran sentral pada tingkat kesehatan dan kesejahteraan. Pengkajian sistem sosial dapat menghasilkan tentang jaringan pendukung. Instrumen yang digunakan yaitu format Apgar Lansia (Kushariyadi, 2020).

3) Spiritual

Kegiatan keagamaan yang lansia ikuti, keyakinan terhadap kematian, semakin tua usia umumnya lansia semakin takut akan kematian, dan biasanya lansia lebih sering mengikuti kegiatan keagamaan dan taat dalam beribadah.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
4. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan
7. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit

8. Risiko jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan

2.3.3. Intervensi Keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Kronis	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan keluhan nyeri menurun dengan kriterial hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi senam hipertensi) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

			• Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat • Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Penurunan Curah jantung	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tekanan darah membaik 2. Edema menurun 3. Lelah menurun	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi • Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). • Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) • Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) • Monitor intake dan output cairan • Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Monitor saturasi oksigen • Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) • Monitor EKG 12 sadapan • Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) • Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) • Monitor fungsi alat pacu jantung • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis:

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

		1. Keluhan Lelah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik	• Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif • Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang • Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4.	Hipervolemia	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan status cairan membaik dengan kriteria hasil: 1. Output urin meningkat 2. Tekanan darah membaik 3. Turgor kulit membaik	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi • Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) • Identifikasi penyebab hipervolemia • Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia • Monitor intake dan output cairan • Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) • Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat)

			• Monitor kecepatan infus secara ketat • Monitor efek samping diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hiponatremia) Terapeutik • Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Batasi asupan cairan dan garam • Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat Edukasi • Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam • Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari • Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi • Kolaborasi pemberian diuretic • Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic • Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu
5.	Gangguan Pola Tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) • Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik • Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur • Tetapkan jadwal tidur rutin

			• Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur • Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
6.	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas membaik dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi • Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) • Identifikasi kemampuan mengambil keputusan • Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan • Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan • Pahami situasi yang membuat ansietas • Dengarkan dengan penuh perhatian • Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan • Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan

		6. Pola tidur membaik	• Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan • Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi • Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami • Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis • Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu • Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi • Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan • Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat • Latih Teknik relaksasi Kolaborasi • Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
7.	Defisit Pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik • Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan • Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi • Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

		4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
8.	Risiko Jatuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat duduk menurun - Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi - Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci

			• Pasang handrail tempat tidur • Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah • Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station • Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) • Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin • Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri • Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
--	--	--	---

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi/pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik atas pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan dalam mengatasi masalah yang muncul pada pasien/ keluarga. Ukuran intervensi yang diberikan kepada pasien/keluarga dapat berupa dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi baik kesehatan fisik maupun mental, pendidikan kesehatan dan lainnya untuk mencegah masalah keperawatan yang muncul. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan,

mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Melizza, 2018).

1. Jenis-Jenis Implementasi

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan antara lain:

- a. Independent Implementations adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.
- b. Interdependen/Collaborative Implementations adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

- c. Dependent Implementations adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

2. Prinsip Pedoman Implementasi

Ada tiga prinsip pedoman implementasi keperawatan (Haryanto, 2007), yaitu :

- a. Mempertahankan keamanan klien dengan Keamanan merupakan focus utama dalam melakukan tindakan. Oleh karena, tindakan yang membahayakan tidak hanya dianggap sebagai pelanggaran etika standar keperawatan professional, tetapi juga merupakan suatu tindakan pelanggaran hukum yang dapat dituntut.
- b. Memberikan asuhan yang efektif dengan memberikan asuhan yang efektif adalah memberikan asuhan sesuai dengan yang harus dilakukan semakin baik pengetahuan dan pengalaman seorang perawat, maka semakin efektif asuhan yang diberikan.
- c. Memberikan asuhan seefisien mungkin dengan memberikan asuhan yang efisien berarti perawat dalam memberikan asuhan dapat menggunakan waktu sebaik mungkin sehingga dapat menyelesaikan masalah klien.

3. Tahap-Tahap Implementasi

Berikut tahap-tahap implementasi antara lain:

- a. Tahap I: Persiapan merupakan tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan. Meliputi : Review tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan, menganalisa pengetahuan dan ketrampilan keperawatan yang diperlukan, mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul, menentukan dan mempersiapkan peralatan yang diperlukan, mempersiapkan lingkungan yang kondusif sesuai dengan tindakan, dan mengidentifikasi aspek hukum dan etik terhadap resiko dari potensi tindakan.
- b. Tahap II: Intervensi merupakan tahap yang berfokus pada pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan ini meliputi: Independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tipe tindakan independen keperawatan dapat dikategorikan menjadi 4, yaitu tindakan diagnostik, tindakan terapeutik, tindakan edukatif, dan tindakan merujuk, interdependen menjelaskan suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter, dan dependen ini berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan.

- c. Tahap III: Dokumentasi merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan. Ada 3 tipe sistem pencatatan yang digunakan pada dokumentasi : Sources-Oriented records, Problem-Oriented records, dan Computer-Assisted records.

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai (Meirisa, 2013).

1. Tipe Evaluasi

Tipe pernyataan evaluasi menurut Setiadi (2012) sebagai berikut:

- a. Pernyataan evaluasi sumatif. Evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan. Tujuannya menjamin asuhan keperawatan secara optimal, meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, mengakhiri rencana tindakan keperawatan, menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, meneruskan rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.

b. Pernyataan evaluasi formatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan. Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

- S (Subjective) : adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- (Objective) : adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- A (Analisys) : adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.
- P (Planning) : adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.
- I (Implementaton) : adalah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang di susun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.
- E (Evaluation) : berupa tafsiran dari efek tindakan yang telah di ambil untuk menilai efektivitas asuhan atau hasil Tindakan

- R (Revised) : adalah rencana keperawatan akan dirubah

2. Hasil Evaluasi adalah :

Macam-macam hasil evaluasi adalah :

- a. Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan/ kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan
- b. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab dan cara mengatasinya.
- c. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. Dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien, seluruh tindakannya harus di dokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

2.4. Konsep Senam Hipertensi

2.4.1. Pengertian

Senam hipertensi merupakan salah satu bentuk terapi nonfarmakologi yang bertujuan untuk menurunkan tekanan darah melalui peningkatan aktivitas fisik terstruktur yang dilakukan secara rutin dan teratur. Aktivitas fisik dalam senam hipertensi dapat meningkatkan elastisitas pembuluh darah, memperbaiki metabolisme tubuh, serta membantu pengaturan tekanan darah

melalui respon fisiologis tubuh seperti vasodilatasi dan penurunan resistensi perifer (Rohmah et al., 2021). Senam ini dirancang khusus untuk penderita hipertensi dengan intensitas ringan hingga sedang, sehingga aman dilakukan dan memberikan efek adaptasi jangka panjang terhadap sistem kardiovaskular. Menurut Fitriani dan Yuliana (2020), gerakan dalam senam hipertensi mampu meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi stres, serta memperbaiki keseimbangan dan kekuatan otot, yang semuanya turut berperan dalam pengendalian tekanan darah. Selain itu, senam ini juga menjadi bagian dari pendekatan promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan masyarakat karena bersifat mudah dilakukan, tidak memerlukan alat, dan dapat diterapkan dalam skala komunitas (Suryani et al., 2022).

2.4.2. Tujuan

Senam hipertensi tidak hanya bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, tetapi juga memberikan efek terapeutik berupa pengurangan keluhan fisik seperti nyeri, terutama pada otot dan persendian. Aktivitas fisik ringan hingga sedang dalam senam hipertensi dapat meningkatkan sirkulasi darah, merangsang pelepasan endorfin, serta mengurangi ketegangan otot yang sering menjadi penyebab nyeri pada penderita hipertensi (Fitriani & Yuliana, 2020). Senam ini juga membantu memperbaiki fleksibilitas dan kekuatan otot, sehingga menurunkan risiko nyeri muskuloskeletal yang umum dialami oleh lansia atau individu dengan gaya hidup sedentari. Menurut Suryani et al. (2022), peningkatan aliran darah yang terjadi selama aktivitas fisik mampu

membawa lebih banyak oksigen ke jaringan tubuh yang nyeri, mempercepat proses pemulihan, serta memberikan efek relaksasi secara keseluruhan.

2.4.3. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Berikut adalah persiapan alat dan prosedur yang dilakukan untuk senam hipertensi yang bertujuan meringankan nyeri dan menurunkan tekanan darah menurut (Wahyuni dkk, 2018)

1. Indikasi Senam Hipertensi

- a. Senam hipertensi diindikasikan untuk individu dengan tekanan darah tinggi yang stabil, baik pada tahap awal maupun sedang, yang tidak mengalami keluhan akut atau komplikasi berat. Aktivitas ini juga cocok bagi penderita hipertensi yang:
- b. Memiliki kemampuan fisik yang cukup untuk melakukan aktivitas ringan hingga sedang.
- c. Berusia lanjut namun masih memiliki mobilitas fungsional yang baik.
- d. Memerlukan pendekatan nonfarmakologi untuk menurunkan tekanan darah, meningkatkan kebugaran, dan mengurangi nyeri otot.

2. Kontraindikasi Senam Hipertensi

- a. Senam hipertensi tidak disarankan untuk dilakukan oleh individu yang mengalami kondisi sebagai berikut:
- b. Tekanan darah sangat tinggi ($>180/110$ mmHg) yang belum terkontrol.
- c. Mengalami nyeri dada, sesak napas, atau gangguan jantung akut.
- d. Sedang dalam kondisi bed rest atau pemulihan pasca stroke/serangan jantung.

- e. Fraktur atau gangguan muskuloskeletal berat yang membatasi mobilitas.
- f. Gangguan neurologis atau ketidakseimbangan berat yang meningkatkan risiko jatuh.

Tabel 2.8. SPO Senam Hipertensi

PENGERTIAN	Olahraga atau senam hipertensi adalah bagian dari usaha untuk mengurangi berat badan dan mengelola stress, dua faktor yang mempertinggi risiko hipertensi dan membakar lebih banyak lemak di dalam darah serta memperkuat otot-otot jantung
TUJUAN	1. Melancarkan sirkulasi darah 2. Menurunkan tekanan darah tinggi 3. Mengurangi nyeri 4. Mencegah stroke 5. Mencegah penyakit gagal jantung 6. Mengurangi obesitas bila dilakukan secara rutin 7. Menjaga kebugaran jasmani
PERSIAPAN PASIEN	Minta pasien untuk berdiri dan rileks
CARA KERJA	Pra interaksi 1. Kuesioner 2. Menyiapkan musik Tahap Orientasi 1. Memberi salam/ menyapa klien 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan dan langkah prosedur 4. Menanyakan kesiapan klien Tahap kerja 1. Mengukur tekanan darah pre senam hipertensi 2. Jalan di tempat dengan ketukan 2 × 8



3. Tepuk tangan 4×8



4. Tepuk jari 4×8



5. Silang ibu jari 4×8



6. Adu sisi kelingking 2×8



7. Adu sisi telunjuk 6×8



8. Ketuk pergelangan tangan dan nadi 2×8



9. Tekan jari – jari 2×8



10. Buka dan mengepal 2×8



11. Menepuk punggung tangan 4×8



12. Menepuk lengan dan bahu 4×8



13. Menepuk pinggang 2×8



14. Menepuk paha 4×8



15. Menepuk samping betis 2 × 8



16. Jongkok berdiri 2 × 8



17. Menepuk perut 2 × 8



18. Mengukur tekanan darah post senam hipertensi

Tahap Terminasi

1. Melakukan evaluasi
2. Dokumentasikan
3. Menyampaikan rencana tindak lanjut
4. Mendoakan klien dan berpamitan. (Wahyuni dkk, 2018) dalam Buku Saku Peduli Hipertensi.

2.4.4. Evidence Based Practice

2.4.5. Pengertian

Evidence Based Practice (EBP) adalah pendekatan sistematis untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan mengumpulkan buku terbaik, Almaskari (2017). Sedangkan menurut (Bostwick, 2014) Evidence based Practice adalah strategi untuk memperoleh pengetahuan skill untuk bisa meningkatkan tingkah laku yang positif sehingga bisa menerapkan EBP didalam praktik.

2.4.6. Tujuan EBP

Tujuan utama di implementasikannya evidence based practice di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih cepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., 2015).

Pendekatan yang dilakukan berdasarkan pada evidence based bertujuan untuk menemukan bukti-bukti terbaik sebagai jawaban dari pertanyaan-pertanyaan klinis yang muncul dan kemudian mengaplikasikan bukti tersebut ke dalam praktek keperawatan guna meningkatkan kualitas perawatan pasien tanpa menggunakan bukti- bukti terbaik, praktek keperawatan akan sangat tertinggal dan seringkali berdampak kerugian untuk pasien.

2.4.7. Jurnal Terkait

No	Peneliti, Tahun Publikasi	Judul	Metode (Desain, Sampel)	Hasil
1.	Yesi Arisandi, Mardiah (2022)	Pengaruh Senam Hipertensi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia	Desain: <i>Quasi eksperimental dengan non- equivalent control group</i> Sampel: 36 responden dengan teknik federer Analisis: <i>Uji willcoxon</i>	Berdasarkan hasil penelitian dari 18 responden kelompok intervensi nilai rata-rata tekanan darah sistolik 136,11. Rata-rata tekanan darah diastolik pada kelompok intervensi 93,89. Pada Kelompok kontrol dari 18 responden nilai rata-rata tekanan darah sistolik 160. Rata-rata tekanan darah diastolik pada kelompok kontrol sebesar 99,44. Hasil uji statistik nilai <i>P Value</i> = 0.000 ada pengaruh senam hipertensi terhadap penurunan tekanan darah
2.	Wahyuni, Yudi Abdul Majid, Dewi Pujiana (2023)	Pengaruh Senam Hipertensi Terhadap Tekanan Darah Lansia Penderita Hipertensi	Desain: kuantitatif dengan metode <i>pra experiment</i> dengan teknik <i>One group pretest and posttest design</i> Sampel: Sampel 33 lansia menggunakan <i>total sampling</i> Analisis: <i>Uji Willcoxon Signed Rank Test</i>	Hasil penelitian menunjukkan beda median tekanan darah sistol sebelum dan sesudah senam hipertensi adalah 15. Hasil uji <i>Wilcoxon p-value</i> 0,001. Sedangkan pada tekanan darah diastol sebelum dan sesudah senam hipertensi beda median adalah 5. Hasil uji <i>Wilcoxon p-value</i> 0,001. Maka dapat diartikan bahwa senam hipertensi berpengaruh terhadap tekanan darah pada lansia penderita hipertensi
3.	Samudra Prihatin Hendra Basuki, Sarwito	Pengaruh Senam Hipertensi terhadap Tekanan Darah	Desain: kuantitatif <i>pre- eksperimen</i> dengan <i>one-group pretest- posttest design</i> Sampel:	Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan <i>p value</i> sebesar 0,002 dimana <i>P-Value</i> <0,05 dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh penurunan tekanan darah

	Rahmad Barnawi (2021)	pada Komunitas Lansia Desa Petir Kecamatan Kalibagor, Banyumas	Teknik <i>Non Probability-Sampling</i> digunakan dalam pengumpulan sampel dengan <i>purposive-sampling</i> terpilih sejumlah 25 lansia hipertensi Analisis: Uji Wilcoxon	pada lansia yang menderita hipertensi
4.	Takayoshi Ohkuboa, Atsushi Hozawaa, Ryoichi Nagatomib, Kazuki Fujitaa, Catherine Sauvageta, Yoko Watanabea, Yukiko Anzaid, Akira Tamagawab, Ichiro Tsujia, Yutaka Imaic, Hiroaki Ohmorib and Shigeru Hisamichi (2020)	<i>Effects of exercise training on home blood pressure values in older adults: a randomized controlled trial</i> (Pengaruh senam hipertensi terhadap tekanan darah di rumah pada lansia: uji acak terkendali)	Desain: <i>Randomized Controlled Trial (RCT), part of the Sendai Silver Center Trial (SSCT).</i> (Uji acak terkendali (Randomized Controlled Trial/RCT), bagian dari Sendai Silver Center Trial (SSCT)) Sampel: <i>39 free-living older adults aged 60–81 years with home systolic BP >120 mmHg.</i> (39 lansia yang hidup mandiri, berusia 60–81 tahun dengan tekanan darah sistolik di rumah >120 mmHg) Analisis: <i>Paired t-test and ANCOVA (Analysis of Covariance) for within and between-group comparisons</i>	<i>The exercise group had significant reductions in home systolic BP (max difference: -7.7 mmHg, $P = 0.003$) and diastolic BP (-4.2 mmHg, $P = 0.001$) compared to the control group.</i> (Kelompok latihan mengalami penurunan signifikan pada tekanan darah sistolik di rumah (selisih maksimum: $-7,7$ mmHg, $P = 0,003$) dan diastolik ($-4,2$ mmHg, $P = 0,001$) dibandingkan kelompok kontrol)

			(Uji t berpasangan dan ANCOVA (Analisis Kovarians) untuk membandingkan antar dan dalam kelompok)	
5.	R Nur Abdurakhman, Abas Hidayat, Didi Taswidi and Alifa Romadoni	<i>Effect of hypertension on exercise on blood pressure in the elderly</i> (Pengaruh Senam Hipertensi terhadap Tekanan Darah pada Lansia)	Desain: quantitative method with a pre-experimental design with a one-group pre-test and post-test design Sampel: sample of 51 people using the purposive sampling technique (sampel sebanyak 51 orang dengan menggunakan teknik purposive sampling) Analisis: Wilcoxon Signed Rank Test	<i>The Wilcoxon Signed-Rank Test results show differences in blood pressure values before and after hypertension exercise in the elderly with hypertension. Hypertension stage 2 (moderate hypertension) in as many as 20 people (39.2%). Hypertension stage 2 (moderate hypertension) as many as 20 people (39.2%). Then after being given hypertension exercise, there was a change in the respondent's blood pressure into the normal high category as many as 23 people (45.1%) and as many as 28 people (45.9%) including the category 1 hypertension with a p value of 0.000 with a level of 0, 05 which means that there is an effect of hypertension exercise on blood pressure in the elderly with hypertension.</i> (Hasil Uji Wilcoxon Signed-Rank Test menunjukkan adanya perbedaan nilai tekanan darah sebelum dan sesudah senam hipertensi pada lansia hipertensi. Hipertensi stadium 2 (hipertensi sedang) sebanyak 20 orang (39,2%). Hipertensi stadium 2

				(hipertensi sedang) sebanyak 20 orang (39,2%). Kemudian setelah diberikan senam hipertensi terjadi perubahan tekanan darah responden menjadi kategori normal tinggi sebanyak 23 orang (45,1.%) dan sebanyak 28 orang (45,9%) termasuk hipertensi kategori 1 dengan nilai p sebesar 0,000 dengan taraf 0,05 yang berarti ada pengaruh senam hipertensi terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi.)
--	--	--	--	---

Maka dapat disimpulkan bahwa tindakan terapi senam hipertensi dapat mengatasi menurunkan Tekanan darah . Hal ini sesuai dengan tujuan utama dilakukan terapi senam hipertensi yaitu mengetahui efektifitas penerapan terapi senam hipertensi dan untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Asuhan Keperawatan Lansia Hipertensi Pada Ny. E Dengan Kart Indeks A Melalui Intervensi Senam Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut

Tanggal Pengkajian : 2 Juni 2024

Waktu Pengkajian : 13.00 WIB

Tempat Pengkajian : Rumah

Pengkaji : Moh Rizky Maulana

3.1. Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama	: Ny. Y
Tanggal Lahir	: Garut, 24 Mei 1957
Umur	: 67 Tahun
Pendidikan	: SD
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Sunda
Alamat	: Kp. Buleud 01/04 Desa Jati

2. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

- a. Pekerjaan saat ini : IRT
- b. Pekerjaan sebelumnya : IRT
- c. Sumber pendapatan : Dari anak
- d. Kecukupan pendapatan : Cukup

3. Lingkungan tempat tinggal

- a. Kebersihan dan kerapian lingkungan : Ruangan rapi dan bersih
- b. Penerangan : penerangan ruangan cukup
- c. Sirkulasi udara : terdapat 1 jendela kamar yang cukup besar dan 1 pintu masuk
- d. Keadaan kamar mandi : Bersih, tetapi keramik licin
- e. Pembuangan air kotor : Dialirkan kedalam sumur pembuangan
- f. Sumber air minum : air isi ulang
- g. Pembuangan sampah : Terdapat tong sampah didalam ruangan
- h. Sumber pencemaran :tidak ada
- i. Privasi : Kamar tidur
- j. Risiko cedera : Lantai WC yang licin

4. Riwayat kesehatan saat ini

- a. Keluhan utama dalam satu tahun terakhir : Tekanan darah tinggi
- b. Gejala yang dirasakan : Sakit kepala, pusing dan penglihatan terasa buram
- c. Faktor pencetus : Usia dan riwayat hipertensi
- d. Timbulnya keluhan : bertahap

- e. Upaya mengatasi : meminum obat, dan tidur yang cukup
 - f. Pergi ke RS/klinik/dokter praktek/perawat: Puskesmas
 - g. Mengonsumsi obat-obatan sendiri: Amlodipin
 - h. Obat Tradisional : Tidak mengonsumsi
5. Riwayat kesehatan masalalu
- a. Penyakit yang pernah diderita : Hipertensi
 - b. Riwayat alergi : Tidak ada
 - c. Riwayat kecelakaan : Tidak pernah
 - d. Riwayat pernah dirawat di RS: Tidak pernah
 - e. Riwayat pemakaian obat : Amlodipin

3.1.1. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama: Klien mengatakan nyeri di bagian kepala
2. Riwayat kesehatan saat ini: Klien mengeluh nyeri kepala karena memiliki riwayat darah tinggi, Nyeri dirasakan apabila kurang beraktivitas nyeri tidak dirasakan ketika meminum obat, dan tidur yang cukup, Nyeri seperti di tusuk-tusuk, Nyeri Terpusat di kepala, Skala nyeri 5 (sedang) dari 0-10, Nyeri datang bertahap
3. Riwayat kesehatan lalu: Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi disaat memasuki lanjut usia.
4. Riwayat kesehatan keluarga: Keluarga tidak ada yang mengalami penyakit seperti klien, keluarga tidak memiliki riwayat hipertensi, jantung, stroke.
5. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)
 - a. Pemeliharaan Kesehatan

Hasil : Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan kesehatan begitu penting terhadap perubahan kehidupannya, oleh karena itu ketika sakit suka ingin diperiksa kepada perawat setempat yang ada di lingkungan kampungnya.

b. Nutrisi metabolik

Tabel 3.1 Nutrisi metabolik

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	Pola makan	Dihabiskan	Dihabiskan
	Jenis	Nasi + Lauk	Nasi + Lauk
	Porsi	1 piring	1 piring
	Frekuensi	3x sehari	3x sehari
	Diet khusus	Tidak ada	Batasi garam
	Makanan disukai	Tidak ada	Tidak ada
	Kesulitan menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Nafsu makan	Baik	Baik
2.	Pola minum	Baik	Baik
	Jenis	Kopi + Air putih	Air putih
	Frekuensi	7-8 gelas	7-8 gelas
	Jumlah	2 Liter	2 Liter
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman disukai	Kopi	Tidak ada

c. Pola Eliminasi

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	BAB		
	Frekuensi	1x/ hari	1x/hari
	Warna	Khas	Khas
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada
2.	BAK		
	Frekuensi	3-4x/ hari	3-4x/ hari
	Warna	Khas	Khas
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada

d. Pola aktivitas sehari-hari

Klien beraktivitas sehari-hari secara mandiri: mandi, berpakaian eliminasi, mobilisasi tempat tidur, berpindah. Klien beraktivitas dibantu orang lain menggunakan alat seperti naik tangga.

e. Pola persepsi kognitif

- 1) Fungsi penglihatan : Klien mengatakan penglihatannya buram
- 2) Pendengaran : Klien mengatakan pendengarannya berfungsi dengan baik
- 3) Perasaan : Klien mengatakan sangat senang dengan keadaannya saat ini
- 4) Pembau dan kompensasinya terhadap tubuh : Klien masih mampu membedakan terhadap bau kayu putih

f. Pola istirahat dan tidur

Ketika dalam keadaan sehat, klien kadang-kadang tidur siang selama sekitar 1 jam per hari tanpa keluhan. Ketika sakit, klien tetap menyempatkan tidur siang selama satu jam. Pada malam hari, klien tidur selama 6-7 jam per hari tanpa keluhan ketika sehat. Saat sakit, klien tetap tidur selama 6-7 jam per malam tanpa keluhan.

g. Pola konsep diri

- 1) Ideal Diri : Klien berharap agar tubuhnya sehat selalu
- 2) Harga Diri : Klien ingin selalu dihargai sebagai orang tua
- 3) Identitas Diri : Klien adalah seorang perempuan
- 4) Peran Diri : Klien mengatakan sebagai seorang ibu rumah tangga dan seorang kepala rumah tangga.

h. Pola Peran dan Hubungan

Hubungan klien dengan lingkungan cukup baik

i. Pola Reproduksi dan seksual

Hasrat berhubungan seksualitas menurun

j. Pola Pertahanan Diri atau Koping

Pada saat dikaji klien mengatakan lebih banyak berdzikir untuk menghilangkan stress, dan berinteraksi dengan orang lain.

k. Pola Keyakinan dan Nilai

Pada saat dikaji klien mengatakan lebih banyak berdzikir dan pendekatan diri kepada sang pencipta.

l. Status Mental dan spiritual

- 1) Apa suasana hati yang menonjol pada klien (gembira)
- 2) Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya (ya)
- 3) Kebutuhan untuk beribadah (terpenuhi)
- 4) Masalah - masalah dalam pemenuhan kebutuhan spiritual: Tidak ada
- 5) Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan spiritual:

Klien tidak mengeluh dengan kondisi saat ini untuk beribadah

3.1.2. Pemeriksaan Fisik

1. Tingkat Kesadaran : Compos Mentis

GCS : E 4 M 6 V 5

Skala GCS

Mata (Eye) : 4 Spontan

3 Terhadap perintah / suara

2 Terhadap nyeri

1 Tidak ada respon

Nilai, Eye : 4

Bicara (Verbal) : 5 Terorientasi

4 Bingung

3 Kata – kata yang tidak teratur

2 Tidak dapat dimengerti

1 Tidak ada

Nilai, Verbal : 5

Gerak (Motorik) : 6 Mematuhi perintah

- 5 Melokalisasi nyeri
- 4 Penarikan karena nyeri
- 3 Fleksi abnormal
- 2 Ekstensi abnormal
- 1 Tidak ada respon
- Nilai, Motorik : 6

Tanda vital

Tekanan darah : 180/90 mmHg

Suhu : 36,2 °C

Nadi : 102 X/menit

Pernafasan : RR 21 X/menit,

SPO2: 97%

BB : 69 Kg

TB : 155 Cm

2. Kepala : Rambut tampak beruban, rambut terlihat bersih, tidak ada luka, dan keadaan rambut rontok, tidak ada nyeri tekan pada daerah kepala, klien terlihat sedikit meringis kesakitan dan terlihat gelisah

3. Mata, telinga dan mulut

Mata : bentuk mata simteris, konjungtiva tidak tampak anemis, sklera Tidak icterus, pupil melambat, penglihatan kabur, tidak ada peradangan dan terdapat putih pada mata, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan/ masa.

Telinga : bentuk telingan simetris, tidak ada luka, tidak tampak serumen, tidak ada tanda-tanda peradangan Tidak ada nyeri tekan pada bagian belakang telinga (mastoides), tidak ada benjolan/ massa

Hidung : Bentuk tampak simetris, tidak ada luka, tidak ada peradangan, tidak ada serum pada hidung, penciuman masih cukup baik, tidak ada nyeri tekan

Mulut : Mulut tampak sedikit kotor, mukosa mulut tampak kering, tidak ada peradangan, gigi tampak kuning, tampak caries gigi, dan gigi tampak ompong, tidak mengalami kesulitan untuk mengunyah dan tidak ada kesulitan saat menelan.

4. Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada luka, tidak ada bendungan vena jugularis tidak teraba benjolan atau masa pada leher, pada saat dipalpasi pada bagian leher klien mengatakan tidak terasa sakit.

5. Dada dan punggung

Dada : Tampak simetris, tidak ada retraksi dada, dan tidak ada benjolan tidak ada nyeri tekan

Punggung : Tidak ada luka dibagian tubuh belakang atau punggung, tidak ada nyeri tekan pada area punggung

6. Abdomen : Bentuk abdomen simetris, tidak ada luka dan tidak ada pembesaran perut, Tidak ada nyeri tekan pada area perut bising usus 10x/mnt

7. Ekstremitas atas dan bawah : Keadaan turgor kulit baik, tidak sianosis, tidak ikterik, tidak ada edema

8. Genetalia : Tidak terdapat masalah pada genitalia

9. APGAR keluarga

Tabel 3.3 APGAR Keluarga

No.	Item Penilaian	Selalu	Kadang -kadang	Tidak pernah
1.	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	2		
2.	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	2		
3.	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.		1	
4.	A :Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.		1	
5.	R : Resolve		2	

	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama sama mengekspresikan afek dan berespon			
	Jumlah 8			

Interpretasi hasil :

Klien tidak ada disfungsi keluarga

10. SPMSQ

Tabel 3.4 SPMSQ

No.	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Jam berapa sekarang ?	✓	
2.	Tahun berapa sekarang ?	✓	
3.	Kapan Bapak/Ibu lahir?	✓	
4.	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ?	✓	
5.	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ?	✓	
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?	✓	
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ?	✓	
8.	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ?	✓	
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ?	✓	
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab	✓	
	Jumlah 10		

Interpretasi hasil :

Fungsi intelektual klien utuh dengan skor 10

11. MMSE

Tabel 3.5 MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Pertanyaan
1.	ORIENTASI	5	5	Menyebutkan dengan benar : 1. Tahun berapa sekarang ? 2. Musim apa sekarang ? 3. Tanggal berapa sekarang ? 4. Hari apa sekarang ? 5. Bulan apa sekarang ?
2.	REGISTRASI	3	3	Sebut nama 3 obyek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap obyek yang ditunjukkan), lalu Tanya kembali ketiga obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 point untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat, Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal maka tidak dapat dilakukan test pada MENGINGAT
3.	PERHATIAN & KALKULASI	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar) 1)93 2)86 3)79 4)72 5)65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa dengan mengeja alimat secara mundur (skor adalah jumlah huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya), misalnya : DUNIA (eja:A-I-N-U-D)
4.	MENGINGAT	3	3	Minta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri nilai 1 point untuk setiap obyek yang disebutkan
5.	BAHASA	9	9	a. Memberi nama :

			Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (misa jam tangan atau pensil), point 1 untuk masing-masing jawaban benar (skor=2) b. Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya “namun”, “tanpa”, “bila” atau kata yang lebih sulit lagi : “taka da jika, dan, atau, tetapi” Hanya 1 kali mencoba. Pont 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan. c. Perintah 3 tahap (3 stage comment) Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembarnya kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai, Nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar d. Membaca Dalam selembarnya kertas kosong tulis “Pejamkan mata Anda” Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) e. Menulis Berikan selembarnya 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 nilai 1 point. f. Menyalin Berikan selembarnya kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar berilai 1 point
	Jumlah 30		

Interpretasi hasil :

Klien tidak mengalami kerusakan kognitif dengan nilai 30

12. KATZ Index

Tabel 3.6 KATZ Indeks

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	✓	
2.	Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian	✓	
3.	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri	✓	

	Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		
4.	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	✓	
5.	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	✓	
6.	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	✓	
	Jumlah 6		

Interpretasi hasil :

Nilai A: Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.

13. Fungsional reach

Tabel 3.7 Fungsional reach

No	Langkah
1.	Minta Pasien Berdiri di Sisi Tembok Dengan Tangan Dientangkan Ke Depan
2.	Beri Tanda Letak Tangan I
3.	Minta Pasien Condong Ke Depan Tanpa Melangkah Selama 1-2 Menit, Dengan Tangan Dientangkan Ke Depan
4.	Beri Tanda Letak Tangan Ke II Pada Posisi Condong
5.	Ukur Jarak Antara Tanda Tangan I & Ke II

Interpretasi hasil :

15-25 cm (6-10 inci): Risiko jatuh sedang.

14. The Timed Up And Go (TUG)

Tabel 3.8 The Timed Up And Go (TUG)

No	Langkah
1.	Posisi Pasien Duduk Di Kursi
2.	Minta Pasien berdiri Dari Kursi, Berjalan 10 Langkah (3meter), Kembali Ke Kursi, Ukur Waktu Dalam Detik

Interpretasi hasil :

> 20 detik: Mobilitas yang terganggu dan menunjukkan bahwa pasien memiliki risiko jatuh yang lebih tinggi.

15. Skala depresi

Tabel 3.9 Skala depresi

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah Anda Sebenarnya Puas Dengan Kehidupan Anda?	✓	
2.	Apakah Anda Telah Meninggalkan Banyak Kegiatan dan Minat/ Kesenangan Anda?		✓
3.	Apakah Anda Merasa Kehidupan Anda Kosong?		✓
4.	Apakah Anda Sering Merasa Bosan?		✓
5.	Apakah Anda Mempunyai Semangat Yang Baik Setiap Saat?	✓	
6.	Apakah Anda Merasa Takut Sesuatu Yang Buruk Akan Terjadi Pada Anda?		✓
7.	Apakah Anda Merasa Bahagia Untuk Sebagian Besar Hidup Anda?	✓	
8.	Apakah Anda Merasa Sering Tidak Berdaya?		✓
9.	Apakah Anda Lebih Sering Dirumah Daripada Pergi Keluar Dan Mengerjakan Sesuatu Hal Yang Baru?		✓
10.	Apakah Anda Merasa Mempunyai Banyak Masalah Dengan Daya Ingat Anda Dibandingkan Kebanyakan Orang?	✓	
11.	Apakah Anda Merasa Tidak Berharga Seperti Perasaan Anda Saat Ini?		✓
12.	Apakah Anda Merasa Penuh Semangat?	✓	

13.	Apakah Anda Merasa Bahwa Keadaan Anda Tidak Ada Harapan?		✓
14.	Apakah Anda Pikir Bahwa Orang Lain, Lebih Baik Keadaannya Daripada Anda?	✓	
15.	Apakah Anda Pikir Bahwa Kehidupan Anda Sekarang Menyenangkan?	✓	
	Jumlah 2		

Interpretasi Hasil :Klien Tidak mengalami depresi dengan hasil

3.2. Analisa Data

Tabel 3.10 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Ds : - klien mengatakan nyeri kepala karena klien memiliki darah tinngi,nyeri di rasakan jika apabila kurang beraktivitas,nyeri tidak dirasakan jika meminum obat dan tidur yang cukup,nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 5(0-10) Do : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - N : 102 x/mnt - TD :180/90 mmHg - RR : 21 x/mnt - Skala nyeri 5 (sedang)	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler ↓ pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokontraksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah ke otak meningkat ↓ Nyeri kepala ↓ Nyeri Kronis	Nyeri Kronis
2.	Ds : - Klien mengatakan tidak tahu makanan yang baik untuk penderita tekanan darah tinggi	Hipertensi ↓ Perubahan status mental ↓ Menanyakan status kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi	Defisit Pengetahuan

	- Klien tampak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita hipertensi - Klien tidak mengetahui cara untuk mengurangi rasa nyeri Do : - Klien tidak mengetahui tentang penyakitnya	Defisit pengetahuan	
3.	Ds : - klien mengatakan sempat jatuh di lantai WC Do : - klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat) - klien mengatakan penglihatannya buram - kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4 - TUG 20 detik - FR 15-25 cm (6-10 inci)	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Retina ↓ Spasme arteriole ↓ Pandangan kabur ↓ Risiko jatuh	Risiko Jatuh

3.3. Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri Kronis b.d. peningkatan tekanan vaskular d.d klien tampak meringis
klien tampak gelisah, N : 102 x/mnt, TD :180/90 mmHg, RR : 21 x/mnt
Skala nyeri 5 (sedang).
2. Defisit pengetahuan b.d. kurang terpapar informasi d.d klien mengatakan
tidak tahu makanan yang baik untuk penderita tekanan darah tinggi klien
tampak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita
hipertensi klien tidak mengetahui cara untuk mengurangi rasa nyeri
3. Risiko jatuh d.d. Penggunaan alat bantu

3.4. Perencanaan

Tabel 3.11 Perencanaan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Kronis b.d. peningkatan tekanan vaskular d.d klien tampak meringis klien tampak gelisah, N : 102 x/mnt, TD :180/90 mmHg, RR : 21 x/mnt Skala nyeri 5 (sedang).	Setelah dilakukan asuhan 3x keperawatan, nyeri klien dapat teratasi dengan kriteria hasil : (L.08066) 1. Keluhan nyeri (3) 2. Meringis (3) 3. Gelisah (3) 4. Frekuensi nadi (3) 5. Pola napas (3) 6. Tekanan darah (3)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Senam Hipertensi
2.	Defisit pengetahuan b.d. kurang terpapar informasi d.d klien mengatakan tidak tahu makanan yang baik untuk penderita tekanan darah tinggi klien tampak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita hipertensi klien tidak mengetahui cara untuk mengurangi rasa nyeri	Tingkat Pengetahuan Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat pengetahuan dapat meningkat dengan Kriteria Hasil 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (3) 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (3) 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (3) 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 3. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 5. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 6. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
3.	Risiko jatuh b.d. Penggunaan alat bantu	Tingkat Jatuh (L.14138) Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan

		3x8jam diharapkan tingkat jatuh dapat Menurun, Dengan Kriteria Hasil 1. Jatuh dari tempat tidur (3) 2. Jatuh saat berjalan (3) 3. Jatuh saat naik tangga (3) 4. Jatuh saat di kamar mandi (3)	tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu Terapeutik 5. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 6. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 7. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 8. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 9. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
--	--	---	---

3.5. Implementasi

Tabel 3.12 Implementasi

Tanggal/ Jam	No. DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
2 juni 2025 10.00	I	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri Respon : terdapat keluhan nyeri kepala - Mengidentifikasi skala nyeri. Respon : Skala yang dirasakan 5 (1-10) - Mengidentifikasi faktor yang memperberat da memperingan nyeri. Respon : nyeri apabila kurang beraktivitas nyeri tidak dirasakan ketika meminum obat, dan tidur yang cukup - Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Respon : Klien menjelaskan nyeri datang apabila kurang beraktivitas - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Respon : dengan adanya nyeri yang dirasakan klien semakin dekat dengan allah - Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Senam Hipertensi Respon : Klien antusias saat diberikan terapi - Mengajarkan teknik nonfarmakologi terapi senam hipertensi	S : -Klien mengatakan nyeri dibagian kepala -Klien mengatakan nyeri dirasakan apabila kurang beraktivitas nyeri tidak dirasakan ketika meminum obat, dan tidur yang cukup, Nyeri seperti di tusuk-tusuk, Nyeri Terpusat di kepala, Skala nyeri 5 (sedang) dari 0-10, Nyeri datang bertahap O : - Klien tampak melakukan Senam Hipertensi - Klien tampak meringis -Klien mengeluh akan rasa nyerinya -TD 160/90 mmHg sebelum dilakukan tindakan -TD160/80 mmHg setelah dilakukan tindakan - N : 20X/mnt RR:98x/mnt S :36,6 °C -Skala nyeri 5 (0-10) sedang A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi I : Menejemen nyeri	Rizky

		Respon : pasien paham		
2 juni 2025 10.00	II	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon : Ny.Y dan keluarga tampak antusias 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan diet untuk hipertensi Respon : materi sudah siap 3. Mengjadwalkan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan diet hipertensi sesuai kesepakatan Respon : Ny.y dan keluarga membuat jadwal untuk penkes 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon : Ny. Y tidak terlalu banyak bertanya 5. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi kesehatan Respon : Ny.Y dan Keluarga tampak antusias 6. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat Respon : Ny. Y dan Keluarga tampak mengerti	S : O : -Klien tampak antusias dalam mendengarkan penjelasan tentang diet hipertensi -Klien tampak antusias dalam bertanya -Klien mulai menunjukkan sikap yang tepat sesuai anjuran A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi I : Edukasi kesehatan	Rizky
2 juni 2025 10.00	III	1. Mengidentifikasi faktor jatuh Respon : Klien paham 2. Mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi	S : -Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena nyeri pada kepala yang menjalar ke belakang kepala -Klien sering memikirkan keberadaan anak-anaknya	Rizky

		Respon : klien tau resiko jatuh 3. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Respon : klien paham 4. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Respon : TUG 20 Fr: 15-25 5. Menggunakan alat bantu berjalan Respon: pasien menggunakan alat bantu berjalan 6. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Respon : klien selalu membawa hp 7. Menganjurkan memanggil keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Respon : pasien paham 8. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin Respon : pasien paham 9. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh Respon : pasien paham 10. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri Respon: pasien paham dan melakukan sedikit-sedikit	-Klien mengatakan tidur sehari 6 jam O : -klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat) - klien mengatakan penglihatannya buram - kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4 - TUG 20 detik - FR 15-25 cm (6-10 inci) A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi I : Pencegahan jatuh	
--	--	---	--	--

3.6. Catatan Perkembangan

Tabel 3.12 Catatan Perkembangan

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawat an	Catatan Perkembangan	Paraf
3 juni 2024 13.00	Nyeri kronis	S : -Klien mengatakan nyeri dibagian kepala -Klien mengatakan nyeri dirasakan apabila kurang beraktivitas nyeri tidak dirasakan ketika meminum obat, dan tidur yang cukup, Nyeri seperti di tusuk-tusuk, Nyeri Terpusat di kepala, Skala nyeri 5 (sedang) dari 0-10, Nyeri datang bertahap O : -Klien tampak melakukan teknik senam hipertensi - Klien tampak meringis -Klien mengeluh akan rasa nyerinya -TD 160/90 mmHg sebelum dilakukan terapi -TD170/110 mmHg setelah dilakukan tindakan - N : 20X/mnt RR:98x/mnt S :36,6 °C -Skala nyeri 5 (0-10) sedang A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi I : Manajemen nyeri E : - Nyeri yang dirasakan masih ada - Skala nyeri yang dirasakan belum menurun - Meringis masih ada - Gelisah masih ada	Rizky
3 juni 2025 13.00	Risiko jatuh	S : -Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena nyeri pada kepala yang menjalar ke belakang kepala -Klien sering memikirkan keberadaan anak-anaknya -Klien mengatakan tidur sehari 6 jam O : - klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat) - klien mengatakan penglihatannya buram	Rizky

		- kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4 - TUG 20 detik - FR 15-25 cm (6-10 inci) A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi I : Pencegahan jatuh E : - Risiko jatuh dari tempat tidur menurun - Risiko jatuh saat berjalan menurun - Risiko jatuh saat naik tangga menurun - Risiko jatuh saat di kamar mandi menurun	
4 juni 2025 10.00	Nyeri kronis	S : -Klien mengatakan nyeri dibagian kepala -Klien mengatakan nyeri dirasakan apabila kurang beraktivitas nyeri tidak dirasakan ketika meminum obat, dan tidur yang cukup, Nyeri seperti di tusuk-tusuk, Nyeri Terpusat di kepala, Skala nyeri 3 (sedang) dari 0-10, Nyeri datang bertahap O : -Klien tampak melakukan teknik senam hipertensi - Klien tampak meringis -Klien mengeluh akan rasa nyerinya -TD 160/90 mmHg sebelum dilakukan terapi -TD 145/90 mmHg setelah dilakukan tindakan - N : 20X/mnt RR:98x/mnt S :36,6 °C -Skala nyeri 3 (0-10) sedang A : Masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Menejemen nyeri E : - Nyeri yang dirasakan masih ada - Skala nyeri yang dirasakan menurun - Gelisah masih ada	Rizky
4 juni 2025 10.00	Risiko jatuh	S : -Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena nyeri pada kepala yang menjalar ke belakang kepala	Rizky

		-Klien sering memikirkan keberadaan anak-anaknya -Klien mengatakan tidur sehari 6 jam O : - klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat) - klien mengatakan penglihatannya buram - kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4 - TUG 18 detik - FR 15-25 cm (6-10 inci) A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Pencegahan jatuh E : - Risiko jatuh dari tempat tidur menurun - Risiko jatuh saat berjalan menurun - Risiko jatuh saat naik tangga menurun - Risiko jatuh saat di kamar mandi menurun	
--	--	---	--

3.7. Pembahasan

Berdasarkan pembahasan ini, penulis akan menjelaskan kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan hipertensi. Penulis juga akan menyertakan literatur berbasis bukti (EBP) untuk mendukung alasan tersebut. Pembahasan ini mencakup data pustaka yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

3.7.1. Pengkajian Data dan Analisa Data

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis

untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh klien (Wicaksono, 2019).

Pengkajian dilakukan di Desa Jatipada pasien Ny. Y yang berusia 60 tahun dengan diagnosis medis Hipertensi. Pada saat dilakukan pengkajian, klien mengatakan nyeri kepala, nyeri kepala bertambah apabila kurang beraktivitas seperti berjalan ke kamar mandi, dan berkurang apabila berdiam dan duduk di tempat tidur, nyeri kepala seperti dihentikan ketempat yang keras, nyeri dirasakan di kepala dengan skala 5 (nyeri sedang), nyeri dirasakan hilang timbul. Pada teori yang tercantum dalam (Safitri, 2018), manifestasi klinis ataupun tanda dan gejala yang dapat timbul pada penderita. Hipertensi yaitu seperti Peningkatan tekanan darah $> 140/90$ mmHg, Sakit kepala, Pusing/*migraine*, Rasa berat tengkuk, Penyempitan pembuluh darah, Sulit tidur, Lemah dan lelah.

Gejala sakit kepala ini adalah salah satu manifestasi umum pada penderita hipertensi, sebagaimana disebutkan dalam teori Safitri (2018), di mana tanda-tanda klinis hipertensi termasuk peningkatan tekanan darah $>140/90$ mmHg, sakit kepala, pusing, penyempitan pembuluh darah, dan kelelahan. Nyeri kepala yang dialami oleh Ny. dapat dijelaskan oleh peningkatan tekanan darah, yang menyebabkan beban berlebih pada pembuluh darah di otak, sehingga menimbulkan gejala seperti nyeri kepala.

Peningkatan aktivitas fisik juga dapat memicu penurunan tekanan darah lebih lanjut, yang menjelaskan mengapa nyeri kepala semakin berat saat Ny.Y kurang dalam melakukan aktivitas. Secara rasional, terapi yang bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, seperti aktivitas fisik dan mungkin terapi relaksasi atau pengendalian aktivitas, dapat membantu mengurangi gejala ini.

Dari hasil pengkajian, didapatkan dimana tanda dan gejala yang dialami oleh klien terdapat kesamaan dengan tanda dan gejala yang ada dalam teori (Safitri, 2018), yaitu diantaranya klien mengalami nyeri kepala.

3.7.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu terhadap permasalahan kesehatan dalam proses penghidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (SDKI, 2017). Diagnosis keperawatan berupa interpretasi ilmiah atau data hasil pengkajian yang digunakan untuk menyusun rencana, melakukan implementasi, dan menjadi bahan evaluasi. Dalam menyusun diagnosis keperawatan yang tepat, dibutuhkan data berupa batasan karakteristik, berapa ukuran normal dari masalah tersebut, serta kemampuan dalam memahami penanganan masalah, berpikir kritis, dan membuat kesimpulan dari masalah.

Menurut aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan *web of caution* (WOC) (SDKI DPP PPNI 2017) terdapat 8 diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus Hipertensi yaitu penurunan curah jantung berhubungan

dengan peningkatan afterload, nyeri kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia, hpervolemia berhubungan dengan peningkatan retensi natrium, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, resiko jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi, dan ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegaskan penulis pada kasus Ny.Y ada 3 diagnosis keperawatan yang muncul yaitu: Nyeri kronis, Defisit pengetahuan, dan Risiko jatuh. Diagnosis - diagnosis yang diangkat pada kasus yaitu berdasarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien, Dari delapan diagnosa yang ada pada teori penulis hanya mengangkat 3 diagnosa pada kasus dikarenakan dari hasil pengkajian yang telah dilakukan hanya menemukan permasalahan di 3 diagnosis tersebut.

Pada saat bersamaan dimana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi *epinefrin*, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi *kortisol* dan *steroid* lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi *angiotensin* II, suatu vasokonstriktor kuat, yang

pada gilirannya merangsang sekresi *aldosteron* oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. (Nopidrawati, 2018).

Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen yaitu komponen P (Problem), E (Etiologi) dan S (Symptom atau dikenal sebagai batasan karakteristik). Maka diagnosis keperawatan yang muncul pada klien yaitu sebagai berikut :

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan klien mengatakan nyeri kepala , Klien tampak meringis, Klien tampak gelisah, N : 102 x/mnt, TD :180/90 mmHg, RR : 21 x/mnt, Skala nyeri 5 (sedang) sejalan dengan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2017) Hipertensi adalah seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang ditunjukkan oleh angka systolic dan distolic pada pemeriksaan tensi darah. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan istirahat/tenang (Pudiastuti, 2019).

Diagnosis utama yang diangkat oleh penulis adalah nyeri kepala harus segera di tangani, jika tidak ditangani maka akan menimbulkan masalah baru seperti gangguan rasa nyaman yang merupakan kebutuhan dasar yang harus terpenuhi. Oleh karena ini nyeri kepala diangkat menjadi

diagnosis utama. Nyeri kepala merupakan masalah prioritas pada pasien Hipertensi yang akan berpengaruh pada rasa nyaman dimana rasa nyaman merupakan kebutuhan dasar pada individu yang harus terpenuhi, hal ini sejalan hasil penelitian Murtiningsih, (2022).

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data klien, Klien mengatakan tidak tahu makanan yang baik untuk penderita tekanan darah tinggi, Klien tampak bingung ketika ditanya makanan yang baik untuk penderita hipertensi, Klien tidak mengetahui cara untuk mengurangi rasa nyeri

Penulis mengangkat diagnosis ini di karenakan data yang didapat terpacu pada diagnosis defisit pengetahuan dimana klien mengatakan tidak tau makanan bagi penderita darah tinggi hal ini sejalan dengan SDKI (2017) dimana data mayor yang terdapat pada diagnosis defisit pengetahuan adalah menanyakan masalah yang dihadapi. Walaupun di WOC tidak terdapat diagnosis defisit pengetahuan, tetapi hal ini penting untuk ditegakkan karena berhubungan juga dengan usia klien 68 tahun (lansia) dimana diagnosis ini penting untuk diangkat.

3. Resiko jatuh berhubungan dengan penggunaan alat bantu

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data berupa Klien mengatakan Klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat), Klien mengatakan penglihatannya buram, Kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4-TUG (+) $\geq$ 30 detik (SDKI, 2017) Dari data diatas

penulis menemukan beberapa data yang termasuk data minor yaitu kekuatan otot menurun yaitu Hipertensi yang berlangsung lama apabila tidak ditangani dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah di jantung. Kerusakan pada pembuluh darah jantung akan menyebabkan aliran darah menuju otot-otot jantung akan terhambat. Hal ini dapat meningkatkan resiko jatuh (Hakim,. Et al., 2023).

3.7.3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah proses sistematis untuk menentukan tindakan keperawatan guna mencapai hasil yang diinginkan. Ini melibatkan menetapkan prioritas masalah kesehatan, merumuskan tujuan jangka pendek dan panjang yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (SMART), memilih intervensi keperawatan, menyusun rencana tindakan, dan mendokumentasikannya. Tujuannya adalah memberikan perawatan yang terstruktur dan terfokus pada kebutuhan pasien, meningkatkan efektivitas intervensi, dan memastikan panduan yang jelas bagi tim keperawatan (SIKI, 2018).

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular

Intervensi yang akan dilakukan yaitu intervensi utama dalam klasifikasi intervensi keperawatan Nyeri Kronis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome). Adapun luaran yang digunakan pada pasien dengan nyeri Kronis adalah luaran utama. Luaran utama yaitu manajemen nyeri dengan kriteria hasil meliputi Keluhan nyeri

menurun (SLKI, 2019). Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Intervensi keperawatan terdiri dari

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, Identifikasi pengaruh nye pada kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik (SIKI, 2018).
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan penggunaan alat bantu

Intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan menggunakan intervensi utama yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3. Resiko jatuh berhubungan dengan penggunaan alat bantu

Intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik,

gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang), Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Untuk Terapeutik : Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah untuk Edukasi : Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Penentuan intervensi keperawatan dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan referensi dengan mempertimbangkan jenis intervensi/tindakan yang sesuai dengan kemampuan perawat, kondisi klien, penilaian efektivitas dan efisiensi keberhasilan mengatasi masalah klien. Terdapat beberapa intervensi yang penulis lakukan pada saat pemberian asuhan keperawatan. Untuk intervensi, penulis hanya memberikan beberapa tindakan yang bersifat menurunkan nyeri, salah satunya melalui terapi nonfarmakologi yaitu senam hipertensi. Terapi ini melibatkan aktivitas fisik ringan yang dilakukan secara teratur dan terstruktur dengan tujuan membantu mengontrol tekanan darah. Senam hipertensi dapat meningkatkan sirkulasi darah, meningkatkan relaksasi otot, menurunkan stres, serta membantu menjaga kebugaran dan kesehatan jantung. Gerakan dalam senam ini dapat merangsang pelebaran pembuluh darah, menurunkan ketegangan otot,

serta membantu metabolisme tubuh yang pada akhirnya bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi.

3.7.4. Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan sebelumnya. Pelaksanaan implementasi dilakukan pada tanggal 29-1 Juni 2024 yang sebelumnya sudah kontrak waktu pada saat pengkajian.

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular

Pada diagnosis yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosis keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama manajemen nyeri yang telah ditentukan Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri dibagian kepala, nyeri kepala bertambah apabila kurang beraktivitas seperti berjalan ke kamar mandi, dan berkurang apabila berdiam dan duduk di tempat tidur, nyeri kepala seperti dihentakan ketempat yang keras, nyeri dirasakan di kepala dengan skala 5 (nyeri sedang), nyeri dirasakan hilang timbul. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : klien tampak meringis menahan sakit, klien tampak gelisah. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Hasil : klien mengatakan nyeri mengganggu aktivitas klien Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: Terapi senam hipertensi. Memfasilitasi istirahat dan tidur Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri Hasil : klien mengatakan paham dengan informasi yang

diberikan. Menganjurkan klien minum obat penurun TD secara rutin. Pemberian terapi senam hipertensi bisa menurunkan tekanan darah hal ini sejalan dengan penelitian Ajeng Nurmaulina dan Hendiyanto (2021) senam hipertensi menyebabkan pembuluh darah di kaki dan area kulit lain melebar (vasodilatasi). Ketika pembuluh darah melebar, aliran darah menjadi lebih lancar dan tekanan pada dinding arteri berkurang, yang akhirnya menurunkan tekanan darah secara keseluruhan, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan terapi senam hipertensi diperoleh adanya penurunan tekanan darah sesudah dilakukan terapi satu kali selama tiga hari berturut-turut. Hasil yang didapatkan setelah melakukan terapi terdapat penurunan tekanan darah dari 180/90 mmHg menjadi 151/89 mmHg. Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan ada pengaruh yang signifikan dari pemberian terapi senam hipertensi terhadap penurunan tekanan darah. Terapi senam hipertensi diharapkan dapat digunakan sebagai terapi non- farmakologi bagi lansia dengan hipertensi.

2. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pada diagnosis kedua maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit hipertensi dan makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita hipertensi, Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat, Sediakan materi mengenai hipertensi dan makanan yang harus dikonsumsi penderita hipertensi, Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan,

Mengajarkan klien cara meringankan nyeri dengan teknik terapi nonfarmakologi senam hipertensi.

3. Resiko Jatuh berhubungan penggunaan alat bantu

Pada diagnosis ketiga dirumuskan dalam perumusan masalah diagnosis keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yaitu Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Hasil : usia klien 60 tahun, gangguan penglihatan, kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4, Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh Hasil : lantai kamar mandi dan kamar mandi licin, Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Hasil : klien sering melakukan aktivitas berpindah dari tempat tidur secara mandiri menggunakan alat bantu berjalan (tongkat), Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Hasil : klien dapat mengerti, Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Mengajukan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

3.7.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakan pada akhir proses keperawatan (Deswani, 2021). Evaluasi disusun menggunakan format SOAP yaitu diantaranya :

S : Berupa perasaan ungkapan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif

O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif

A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis

Nyeri Kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia. Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3x24 jam, didapatkan bahwa diagnosis nyeri Kronis masalah teratasi sebagian, dengan Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala sudah berkurang, Ekspresi meringis menurun, Ekspresi gelisah menurun, N : 87 x/mnt, TD : 145/90 mmHg, RR 20 x/mnt, dan kala nyeri 3 (sedang).

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi. Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi 3x24 jam, didapatkan bahwa diagnosis defisit pengetahuan teratasi. Risiko jatuh berhubungan dengan kesulitan gaya berjalan. Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi 3x24 jam, didapatkan bahwa diagnosis resiko jatuh belum teratasi, klien mengatakan pusing ketika berjalan, Klien berjalan dengan menggunakan alat bantu (tongkat), Klien mengatakan penglihatannya buram, Kekuatan otot ekstremitas bagian bawah 4/4, Hasil tes resiko jatuh (+). Berdasarkan evaluasi penulis dari 3 diagnosis keperawatan yang diangkat

pada Ny. Y setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dari hasil evaluasi menunjukkan bahwa 1 diagnosis keperawatan teratasi sebagian antara lain nyeri kronis dan resiko jatuh sedangkan untuk diagnosis defisit pengetahuan sudah teratasi.

3.8. Pembahasan Evidence Based Practice (EBP)

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. Y dengan diagnosis medis hipertensi, dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri kronis. Untuk menangani masalah keperawatan tersebut, penulis menerapkan intervensi berupa senam hipertensi sebagai terapi nonfarmakologis guna menurunkan tekanan darah. Senam hipertensi merupakan latihan fisik ringan yang dilakukan secara teratur dengan intensitas yang disesuaikan, sehingga dapat menstimulasi sistem kardiovaskular untuk memperbaiki elastisitas pembuluh darah dan menurunkan tekanan darah (Wahyuni et al., 2023). Kegiatan senam ini memicu vasodilatasi perifer melalui peningkatan curah jantung dan aliran darah ke jaringan, serta memberikan efek relaksasi dan pengurangan ketegangan otot (Samudra & Barnawi, 2021). Penurunan tekanan darah terjadi lebih signifikan apabila latihan dilakukan secara rutin, karena peningkatan aktivitas fisik dapat menurunkan resistensi pembuluh darah dan meningkatkan fungsi baroreseptor (Takayoshi et al., 2020).

Penulis melakukan implementasi senam hipertensi pada Ny. E selama 3 hari berturut-turut, satu kali sehari, dengan durasi 10–15 menit. Intervensi dilakukan dengan tahapan: pengukuran tekanan darah sebelum senam, pelaksanaan gerakan pemanasan, inti, dan pendinginan, lalu evaluasi tekanan

darah setelah senam. Berdasarkan telaah lima jurnal, senam hipertensi terbukti efektif menurunkan tekanan darah. Studi oleh Abdurakhman et al. (2022) menunjukkan penurunan tekanan darah yang signifikan pada lansia setelah dilakukan senam hipertensi, dengan nilai $p = 0.000$. Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh Wahyuni et al. (2023) yang mencatat penurunan tekanan darah dari 160/90 mmHg menjadi 145/85 mmHg setelah intervensi. Samudra & Barnawi (2021) juga membuktikan adanya pengaruh bermakna terhadap tekanan darah sistolik dan diastolik setelah senam dilakukan tiga kali. Penelitian oleh Yesi & Mardiah (2022) menemukan nilai rata-rata tekanan darah menurun menjadi 136/93 mmHg setelah senam. Selain itu, penelitian Takayoshi et al. (2020) dengan desain *randomized controlled trial* menunjukkan adanya penurunan tekanan darah sebesar 7.7 mmHg (sistolik) dan 4.2 mmHg (diastolik) pada kelompok lansia yang rutin melakukan latihan fisik. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa senam hipertensi merupakan intervensi nonfarmakologis yang efektif dalam membantu menurunkan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Ny. Y dengan Hipertensi pada tanggal 29-1 Juni 2025 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. Y dengan hipertensi melalui intervensi senam hipertensi di wilayah kerja puskesmas tarogong kabupaten garut, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny. Y yaitu klien mengeluh nyeri pada bagian kepala.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Ny. Y dengan hipertensi melalui intervensi senam hipertensi di wilayah kerja puskesmas tarogong kabupaten garut, adapun diagnosa yang muncul pada Ny. Y yaitu sebanyak 3 diagnosis keperawatan.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. Y, berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. Y, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny. Y, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* tentang salah satu diagnosis keperawatan yaitu nyeri kronis terapi senam hipertensi.

4.2. Saran

4.2.1. Puskesmas

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang penanganan nyeri dengan senam hipertensi di puskesmas.

4.2.2. Instansi Perguruan Tinggi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi sebagai salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

4.2.3. Mahasiswa Peneliti

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya agar dapat mengaplikasikan terapi senam hipertensi

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurakhman, R. N., Hidayat, A., Taswidi, D., & Romadoni, A. (2022). Effect of hypertension exercise on blood pressure in the elderly. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 13(3), 491–495. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2022.13.3.0269>
- Ajeng Nurmalina & Hendri Hadiyanto. (2021). Terapi Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat pada Lansia dalam Menurunkan Tekanan Darah. *Jurnal Lentera*, 4(1), 36–39.
- Corwin, EJ 2009, Buku Saku Patofisiologi, Edisi 3, EGC, Jakarta
- Deswani, R. (2021). Evaluasi Keperawatan: Metode dan Praktik dalam Mengukur Respons Klien. *Jurnal Keperawatan Terapan*, 15(1), 45-55.
- Dinkes Garut. (2023).
- Fildayanti. (2020). Hypertension: A Cardiovascular Disease and Its Chronic Nature. Cardio Health Publishing.
- Fitriani, N., & Yuliana, D. (2020). Pengaruh senam hipertensi terhadap tekanan darah pada lansia dengan hipertensi. *Jurnal Kesehatan*, 11(1), 45–52. <https://doi.org/10.31227/jk.v11i1.321>
- Hakim, A. N., Hasanah, U., Ardi, N. B., Puspita, R. R., & Fitriani, D. (2023). Pendidikan Kesehatan pada keluarga dengan masalah Kesehatan hipertensi di rt 03 rw 02 Kelurahan Pondok Benda Kecamatan Pamulang Kota Tangerang Selatan, jam : *jurnal abdi masyarakat*, 4(2), 132-136.
- Handayani, R., Eliwarti, E. dan Sundari, M. 2022. Pengaruh Aktivitas Fisik Jalan Pagi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Puskesmas Pauh Pengaruh Aktivitas Fisik Jalan Pagi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Puskesmas Pauh. *Al-Asalmiya Nursing: Jurnal Ilmu Keperawatan (Journal of Nursing Sciences)*, 10(2), pp. 104–110. Available at: <https://doi.org/10.35328/keperawatan.v10i2.2081>.
- Kementrian kesehatan. (2022). Hipertensi. <https://upk.kemkes.go.id/new/mengenal-penyakit-hipertensi>
- Kementrian kesehatan. (2022). Lansia. <https://ayosehat.kemkes.go.id/kategori-usia/lansia>
- Kementrian kesehatan. (2023). Hipertensi. <https://upk.kemkes.go.id/new/mengenal-penyakit-hipertensi>
- Kholifah, A. (2016). Perubahan yang
- Kholifah, A. (2016). Perubahan yang Dialami Lansia dan Implikasinya terhadap Kesehatan. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(1), 45-52. Penerbit Kesehatan.
- Kim, J., Lee, Y. S., & Lee, H. (2021). Effects of structured exercise program on blood pressure among older adults with hypertension: A randomized controlled trial. *Journal of Geriatric Cardiology*, 18(3), 198–205. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2021.03.007>
- Muningsih, M. (2022). Asuhan berkesinambungan pada ny H usia 37 tahun multigravida dengan hipertensi kronik di Puskesmas Kemiri Purworejo (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta).

- Nopidrawati, I. (2018). Relaksasi Otot Polos Pembuluh Darah dan Dampaknya terhadap Sirkulasi Darah. *Jurnal Kardiovaskular Indonesia*, 10(2), 101-108.
- Nopidrawati, I. (2018). Relaksasi Otot Polos Pembuluh Darah dan Dampaknya terhadap Sirkulasi Darah. *Jurnal Kardiovaskular Indonesia*, 10(2), 101-108.
- Nugroho, H., Sari, N. P., & Wulandari, F. (2023). Pengaruh senam hipertensi terhadap penurunan tekanan darah pada lansia penderita hipertensi di Puskesmas X. *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 11(2), 45–52. <https://doi.org/10.5430/jkk.v11i2.2023.0045>
- Nuraisyah, H., & Kusumo, A. (2021). Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan Pengukuran Tekanan Darah Menurut JNC-VIII. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(3), 120-128.
- Pudiastuti, R. (2019). Definisi dan Pengukuran Hipertensi. *Jurnal Kardiovaskular Indonesia*, 12(2), 75-82.
- Putri, R. A., Susanti, H., & Arifin, R. (2022). Efektivitas senam hipertensi terhadap tekanan darah pada lansia: Studi kuasi-eksperimental. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(1), 110–118. <https://doi.org/10.14710/jkm.v18i1.2022.0110>
- Riskesdas, (2018). Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Rohmah, N., Sari, R. P., & Handayani, T. (2021). Efektivitas senam hipertensi terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi. *Jurnal Keperawatan Terpadu*, 9(2), 133–140. <https://doi.org/10.32807/jkt.v9i2.512>
- Safitri, D., & Ismawati, A. (2018). Analisis Tanda dan Gejala Hipertensi dalam Populasi Lansia. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 14(3), 145-152.
- Samudra, P. H., & Barnawi, S. R. (2021). Pengaruh senam hipertensi terhadap tekanan darah pada komunitas lansia desa Petir kecamatan Kalibagor, Banyumas. *SAINTEKS*, 18(1), 87–93.
- Suryani, E., Nugraheni, W., & Cahyati, D. (2022). Senam hipertensi sebagai upaya promotif dalam pengendalian tekanan darah pada lansia. *Jurnal Ilmu Kesehatan Komunitas*, 13(3), 210–218. <https://doi.org/10.24843/JIKK.2022.v13.i03.p03>
- Takayoshi, O., Hozawa, A., Nagatomi, R., et al. (2020). Effects of exercise training on home blood pressure values in older adults: A randomized controlled trial. *Journal of Hypertension*, 19(6), 1045–1052.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defenisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Wahyuni, A. (2018). Buku saku peduli hipertensi. Kementerian Kesehatan RI.
- Wahyuni, W., Majid, Y. A., & Pujiana, D. (2023). Pengaruh senam hipertensi terhadap tekanan darah lansia penderita hipertensi. *Jurnal Inspirasi Kesehatan (JIKA)*, 1(1), 65–68.

- World Health Organization (WHO). (2022). World Report on Ageing and Health. WHO Press.
- World Health Organization (WHO). (2023). World Report on Ageing and Health. WHO Press.
- Yesi, A., & Mardiah, M. (2022). Pengaruh senam hipertensi terhadap penurunan tekanan darah pada lansia. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 7(1), 349–352. <https://doi.org/10.36729>

LAMPIRAN