

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN HIPERTENSI PADA
KATZ INDEKS A DI KP. GENTENG RT 003 RW 012 DESA JATI
WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS TAROGONG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Studi Diploma III Keperawatan Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa

Husada Garut

Disusun Oleh :

SILVI AMINARTI

KHGA22041



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. A
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KP.
GRNTENG RT 003 /RW012 DESA JATI DI WILAYAH
KERJA UPT PUSKESMAS TAROGONGGARUT

NAMA : SILVI AMINARTI

NIM : KHGA22041

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan Tim Penguji
Program Studi D-III Keperawatan
STIKES Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Rudy', written over a horizontal line.

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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. A
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KP.
GRNTENG RT 003 /RW012 DESA JATI DI WILAYAH
KERJA UPT PUSKESMAS TAROGONGGARUT

NAMA : SILVI AMINARTI

NIM : KHGA22041

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Penguji I



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

Penguji II



Susan Susvanti, M.Kep

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT



K. Dewi Budiarti, S.Kep.,M.Kep

Mengesahkan,

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



Rudy Alfiansyah, S.Kep. Ners. Mpd

ABSTRAK

IV BAB, 14 Tabel, 5 Lampiran, 97 Halaman

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang umum terjadi pada lansia dan berisiko menimbulkan komplikasi seperti stroke dan gagal jantung. Studi kasus ini menggambarkan asuhan keperawatan pada Ny. A, seorang lansia dengan hipertensi kategori Katz Indeks A (mandiri) di wilayah kerja UPT Puskesmas Tarogong, Garut. Proses keperawatan dilakukan melalui pendekatan sistematis meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tiga diagnosa keperawatan utama yang ditegakkan adalah: (1) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, dengan intervensi pemantauan tanda vital dan edukasi mengenai manajemen tekanan darah; (2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, dengan intervensi menciptakan lingkungan tidur nyaman dan edukasi teknik relaksasi; (3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, dengan intervensi edukasi tentang hipertensi, gaya hidup sehat, dan penggunaan media penyuluhan. Implementasi dilaksanakan secara bertahap dan hasil evaluasi menunjukkan perbaikan dalam perfusi perifer, peningkatan kualitas tidur, serta peningkatan pengetahuan klien. Asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik terbukti meningkatkan kualitas hidup lansia dengan hipertensi.

Kata Kunci: hipertensi, perfusi perifer, pola tidur, pengetahuan, lansia

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ini adalah **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG GENTENG RT 003 RW 012 DESA JATI DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS TAROGONG GARUT “**

Karya tulis ilmiah ini di susun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di Kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini diantaranya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu Dewi Budiarti, S.Kep.,M.Kep., selaku ketua program studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut

4. Bapak Rudy Alfiansyah, S.Kep. Ners. Mpd selaku pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran dan arahan dengan penuh kesabaran, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
5. Kepada seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama tiga tahun di STIKes Karsa Husada Garut.
6. Kepada ibu Hj.Aida Triana, S.Kep.,Ners selaku pembimbing dari Puskesmas Tarogong yang telah membantu dan memberikan fasilitas selama melakukan pembinaan keluarga.
7. Kepada Ny. A beserta keluarga yang telah bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Kepada kedua orang tua serta keluarga besar tercinta yang senantiasa memberikan do'a, bimbingan, dukungan material maupun moral selama penulis mengikuti pendidikan di Stikes Karsa Husada Garut.
9. Rekan seperjuangan angkatan ke-29 program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Stikes Karsa Husada Garut yang telah bersama-sama menempuh pembelajaran di kampus tercinta

10. Khusus untuk penulis, terimakasih sudah berjuang melewati segala hal dan bertahan sampai saat ini, sehingga mampu berada di titik ini, terimakasih aku berbangga pada diriku sendiri.
11. Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan karya tulis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ini jauh dari kata sempurna, karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan di masa yang akan datang.

Akhir kata penulis berharap kepada Allah SWT membalas semua kebaikan semua pihak yang telah membantu, semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembanagn ilmu khususnya ilmu keperawatan.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR TABEL vi

DAFTAR LAMPIRAN vii

BAB I..... 1

PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang..... 1

B. Tujuan Penulisan 4

1. Tujuan Umum..... 4

2. Tujuan Khusus..... 4

C. Metode Telaah 5

D. Sistematika Penulisan 7

BAB II 9

TINJAUAN TEORITIS..... 9

A. Konsep Dasar..... 9

1. Definisi Lanjut Usia 9

2. Batasan Lansia..... 9

3. Tipe Lansia 10

4. Proses Menua 11

5. Perubahan -Perubahan Pada Lansia..... 12

B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi 16

1. Definisi Penyakit Hipertensi 16

2. Etiologi Hipertensi 17

3. Manifestasi Klinis..... 19

4. Klasifikasi Hipertensi 20

5. Fatoфизиологи.....	21
6. Patway	23
7. Komplikasi Hipertensi.....	24
8. Pemeriksaan Penunjang.....	26
9. Penatalaksanaan Hipertensi	27
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Lanjut Usia (Gerontik).....	28
1. Pengkajian	28
2. Analisa Data	44
3. Diagnosa Keperawatan.....	44
4. Intervensi Keperawatan	45
5. Implementasi Keperawatan	52
6. Evaluasi Keperawatan	52
7. Dokumentasi Keperawatan.....	53
BAB III.....	56
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	56
A. Tinjauan Kasus	56
1. Pengkajian	56
B. Analisa Data.....	71
C. Diagnosa Keperawatan.....	73
D. Intervensi Keperawatan	76
E. Implementasi dan Evaluasi	83
F. Pembahasan	90
BAB IV	97
KESIMPULAN DAN SARAN	97
A. Kesimpulan	97
B. Rekomendasi.....	98
DAFTAR PUSTAKA	100

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Penyakit Data 10 penyakit terbesar di Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut	Error! Bookmark not defined.
Tabel 2. 1 Klasifikasi Derajat Hipertensi Secara Klinis	20
Tabel 2. 2 Katz Indeks Pengkajian Fungsional Klien	37
Tabel 2. 3 Barthel Indeks	38
Tabel 2. 4 Pengkajian Status Mental Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)	39
Tabel 2. 5 Pengkajian Aspek Kognitif Dan Fungsi Mental Dengan Menggunakan Aspek MMSE (Mini Mental Status Exam)	40
Tabel 2. 6 Intervensi keperawatan	45
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari (ADL)	63
Tabel 3. 2 Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan KATZ Indeks ..	65
Tabel 3. 3 Barthel Indeks Pemeriksaan	66
Tabel 3. 4 Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)	67
Tabel 3. 5 MMSE (Mini Mental Status Exam)	68
Tabel 3. 6 Analisis Data	71
Tabel 3. 7 Proses Asuhan Keperawatan	76
Tabel 3. 8 Catatan perkembangan 1	83
Tabel 3. 9 Catatan perkembangan 2	86
Tabel 3. 10 Catatan Perkembangan 3	88

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satua Acara Penyuluhan (SAP) Hipertensi

Lampiran 2 Leafleat

Lampiran 3 Dokumentasi

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi saat ini berada dalam tahap transisi menuju masyarakat dengan struktur penduduk menua, ditandai dengan meningkatnya proporsi lansia yang telah mencapai 7,6% dari total populasi (Kemenkes RI, 2019). Seiring bertambahnya usia, terjadi penurunan fungsi fisiologis akibat proses degenerative. Perubahan ini berlangsung mulai dari tingkat seluler hingga seluruh sistem organ tubuh (Sugiyono, 2018). Salah satu masalah kesehatan yang umum dialami oleh lansia adalah hipertensi, yang terjadi karena menurunnya elastisitas pembuluh darah, sehingga menyebabkan peningkatan sistolik (Rizal, 2019).

Menurut laporan *World Health Organization* (WHO, 2019), prevalensi hipertensi tertinggi pada lansia tercatat sebesar 27%, dan wilayah Asia Tenggara berada di peringkat ketiga dengan angka prevalensi sebesar 25% dari total populasi, yakni sekitar 1,13 miliar kasus. Dari jumlah tersebut, diperkirakan satu dari lima perempuan dan satu dari empat laki-laki mengalami hipertensi. WHO juga memproyeksikan bahwa pada tahun 2025, jumlah penderita hipertensi secara global akan meningkat hingga mencapai 1,5 miliar orang. Di Indonesia sendiri, prevalensi hipertensi mencapai 45% pada kelompok usia 55–64 tahun, meningkat menjadi 57,6% pada kelompok usia 65–74 tahun, dan mencapai 63,8% pada usia di atas 75 tahun.

Berdasarkan data Riskesdas 2018, prevalensi hipertensi secara nasional adalah 34,1%, mengalami peningkatan dari tahun 2013 sebesar 63,8% pada usia lebih dari 75 tahun. (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Sementara itu, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat pada tahun 2023 mencatat bahwa prevalensi hipertensi tertinggi berada di Kota Tasikmalaya (134,11%), disusul oleh Kota Bogor (122,44%) dan Kabupaten Garut (112,49%). Kabupaten Bogor menjadi daerah dengan cakupan paling rendah, yaitu 3,85%.

Dinas Kesehatan Jawa Barat melaorkan bahwa jumlah penderita hipertensi diperkirakan mencapai 108,18% pada tahun 2023 (DINKES Jabar, 2023). Di Kabupaten Garut, jumlah kasus hipertensi meningkat dari 76.663 jiwa pada tahun 2018 menjadi 112.490 kasus pada tahun 2023, menunjukkan lonjakan yang signifikan selama tiga tahun terakhir (Open Data Jabar, 2023).

Sebagai penyakit kronis, hipertensi tidak bisa disembuhkan sepenuhnya namun masih dapat dikendalikan. Seiring bertambahnya usia dan akibat proses degenerative, prevalensi hipertensi pada kelompok lanjut usia terus meningkat secara global, termasuk di Indonesia (Iqbal & Handayani, 2022).

Hipertensi ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah yang tidak normal, baik pada tekanan sistolik maupun diastolik. Kondisi ini merupakan suatu penyakit kronis yang ditandai oleh tingginya tekanan dalam dinding arteri, sehingga jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Akibatnya, aliran darah menjadi terganggu, pembuluh darah mengalami kerusakan, dan berisiko menimbulkan berbagai penyakit degeneratif yang berpotensi fatal (Sari, 2018). Menurut Hinkle dan Cheever

(2018), seseorang dikatakan mengalami hipertensi apabila tekanan sistolik melebihi 140 mmHg atau tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg.

Gejala yang sering dikeluhkan penderita Hipertensi adalah sakit kepala, leher terasa kaku, kelelahan, pandangan kabur, bahkan sebagian besar Hipertensi ini tidak memiliki gejala (Nurmayani, 2021). Hipertensi terjadi karena dipengaruhi oleh faktor-faktor risiko. Faktor risiko yang menyebabkan Hipertensi adalah usia, jenis kelamin, obesitas, alkohol, genetic, stress, asupan garam, merokok, pola aktivitas fisik, penyakit ginjal, dan diabetes melitus (Sinubu R.B.,2015). Menurut Cahyani, Kartini & Ragfiludin (2018). Hipertensi pada lansia yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan komplikasi yaitu stroke trombolitik dan hemoragik, retinopati, infark, miokard akut, gagal jantung, gagal ginjal, penyakit pembuluh darah aterosklerotik termasuk stenosis dan aneurisma (Sinubu R.B, 2015)

Dinas kesehatan Kabupaten Garut mempunyai 68 Puskesmas, wilayah kerja Puskesmas Tarogong memiliki 33.564 jiwa. Sementara itu, data dari Puskesmas Tarogong menunjukkan bahwa hipertensi menempati posisi ke-4 dalam daftar sepuluh penyakit terbanyak pada lansia, dengan jumlah kasus sebanyak 268 orang sebagaimana tercatat dalam tabel berikut ini

Tabel 1. 1 Data Penyakit Data 10 penyakit terbesar di Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut

No	Nama Penyakit	Jumlah	Persen
1	Dispepsia	800	22%
2	ISPA	628	18%
3	Nasofaringitis Akut	611	17%
4	Hipertensi	268	7%
5	Gangguan gigi dan penunjang lainnya	266	7%
6	Myalgia	234	7%
7	Diare	231	6%
8	TB	209	6%
9	Penyakit Pulpa	226	6%
10	Demam yan tidak diketahui penyebabnya	102	3%

Sumber : Puskesmas Tarogong kabupaten garut 2024

Meskipun hipertensi menempati urutan ke-4 dalam daftar pada lansia di puskesmas Tarogong, penyakit ini merupakan penyebab utama terjadinya komplikasi pada bagian organ tubuh. Hal ini tentu membutuhkan perhatian dan penanganan yang intensif dan cepat dalam mengurangi hipertensi untuk menghindari semakin bertambahnya jumlah kasus tersebut, walaupun tidak menjadi yang terbanyak, akan tetapi Hipertensi harus tetap diperlukan penanganan dan penatalaksanaan ole perawat dan memerlukan keikutsertaan klien untuk mencegah, mengobati, dan merehabilitasi penyakit Hipertensi.

Adapun peran perawat sebagai care giver sangt diperlukan untuk membantu lansia dengan tujuan mempercepat proses pemulihan dan mencegah komplikasi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang

meliputi pengkajian hingga pendokumentasian asuhan keperawatan, serta peran perawat yaitu untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit, tujuan keperawatan yaitu untuk membantu individu meraih kesehatan yang optimal dan tingkat fungsi maksimal yang mungkin bisa di raih setiap individu. Maka dari itu berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk study kasus pengelolaan asuhan keperawatan dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG GENTENG RT 003 RW 012 DESA JATI WILAYAH KERJA UPT PISKESMAS TAROGONG GARUT”**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis diharapkan dapat memperoleh wawasan dan pengalaman secara langsung dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien yang mengalami hipertensi secara menyeluruh, mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan karya ilmiah ini adalah sebagai berikut :

- a. Mampu melaksanakan pengkajian terhadap status kesehatan klien, mengumpulkan dan menganalisis data, serta mengidentifikasi dan menetapkan prioritas masalah pada klien dengan hipertensi.

- b. Mampu menetapkan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas permasalahan yang berkaitan dengan hipertensi pada lansia.
- c. Mampu Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa yang telah ditegakkan dan melaksanakan tindakan keperawatan yang relevan terhadap permasalahan hipertensi yang dialami oleh klien.
- d. Mampu melakukan intervensi keperawatan secara rasional dengan landasan ilmu pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang tepat pada klien dengan hipertensi.
- e. Mampu mengevaluasi hasil dari keseluruhan proses asuhan keperawatan secara terstruktur dan menyeluruh.
- f. Mampu mencatat seluruh tahapan asuhan keperawatan secara sistematis dan sesuai prosedur.

C. Metode Telaah

Penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang difokuskan pada permasalahan yang muncul pada lansia. Teknik-teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi :

1. Wawancara

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara langsung yang terarah di rumah Ny. A. Data juga di peroleh dari keluarga klien sebagai informasi tambahan.

2. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan langsung terhadap kondisi klien dalam rangka pelaksanaan asuhan keperawatan. Pengamatan dilakukan terhadap keadaan fisik serta lingkungan tempat tinggal lansia, termasuk dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

3. Pemeriksaan fisik

Data dikumpulkan melalui pemeriksaan fisik berdasarkan sistem tubuh, serta pengkajian khusus pada lansia seperti penilaian fungsional menggunakan KATZ Indeks dan Barthel Indeks, serta penilaian kognitif, afektif, mental, dan sosial menggunakan SPMSQ dan MMSE. Teknik yang digunakan mencakup inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk memperoleh data objektif mengenai kondisi kesehatan klien.

4. Studi Dokumentasi

Merupakan metode pengumpulan data tambahan yang berasal dari catatan atau dokumen lain di luar hasil wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

5. Studi Pustaka

Penulis menggunakan berbagai literatur seperti buku dan artikel ilmiah sebagai referensi untuk memperoleh informasi dasar dan pendukung yang berkaitan dengan permasalahan hipertensi yang dihadapi klien.

D. Sistematika Penulisan

Agar memudahkan pembaca dalam memahami isi karya tulis ilmiah ini, penulis menyusun sistematika penulisan yang terdiri dari empat bab, yaitu :

BAB 1 Pendahuluan : Membahas mengenai Latar Belakang, Tujuan Penulisan, Metode Telaah, serta Sistematika Penulisan yang digunakan dalam karya ini.

BAB II Tinjauan Teoritis : Menguraikan teori-teori yang relevan, seperti konsep keperawatan lansia, teori tentang lansia, konsep penyakit hipertensi, dan pendekatan keperawatan gerontik dalam menangani hipertensi.

BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi : Menyajikan ringkasan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada lansia serta memberikan saran atau rekomendasi untuk perbaikan dan pengembangan di masa mendatang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia adalah individu yang telah mencapai usia 60 tahun. Penuaan merupakan proses alami yang terjadi secara perlahan, dan ditandai dengan kemampuan jaringan tubuh untuk mempertahankan struktur dan fungsi normal serta mengurangi kerusakan yang terjadi. Proses ini telah berlangsung sejak lahir dan dialami oleh setiap orang dalam kehidupan sehari-hari (Dariah, 2015).

Penuaan merupakan komponen pertumbuhan dan perkembangan manusia. Setiap orang melewati fase-fase kehidupan yang dimulai dari masa kanak-kanak, remaja, dewasa, dan akhirnya berakhir dengan usia lanjut. Masa lanjut usia merupakan akhir dari siklus kehidupan manusia dan merupakan tonggak pencapaian Tuhan Yang Maha Esa (Azizah, 2015).

Berdasarkan berbagai pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa lanjut usia adalah individu yang berusia 60 tahun ke atas. Proses penuaan merupakan hal yang pasti terjadi pada setiap makhluk hidup, ditandai dengan penurunan fungsi jaringan dalam memperbaiki diri dan mempertahankan kestabilan fungsi tubuh.

2. Batasan Lansia

Definisi rentang usia lanjut bervariasi antara organisasi dan institusi :

a. Menurut WHO (World Health Organization), klasifikasi lansia dibagi menjadi beberapa kategori :

- 1) Usia pertengahan (middle age) : 45-59 tahun.
- 2) Lansia (elderly) : 60-74 tahun.
- 3) Lansia tua (old) : 75-90 tahun.
- 4) Lansia sangat tua (very old) : Lebih dari 90 tahun.

b. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015), lanjut usia dikelompokkan menjadi :

- 1) Usia lanjut: 60-69 tahun.
- 2) Usia lanjut dengan risiko tinggi: Lebih dari 70 tahun atau individu dengan masalah kesehatan.

c. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, kelompok usia lanjut dibagi menjadi tiga kategori :

- 1) Menjelang Usia Lanjut (45-54 tahun): Tahap ini dikenal sebagai masa vibrilitas.
- 2) Usia Lanjut (55-64 tahun): Tahap ini disebut masa presenium.
- 3) Usia Lanjut Akhir (65 tahun ke atas): Tahap ini dinamakan masa senium.

3. Tipe Lansia

Prabasari (2017) mengidentifikasi lima tipe lansia, yang masing-masing menunjukkan karakteristik berbeda dalam menghadapi proses penuaan :

a. Tipe Arif Bijaksana

Individu ini kaya akan hikmah dan pengalaman, mampu beradaptasi dengan perubahan zaman, memiliki kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, dan menjadi panutan.

b. Tipe Mandiri

Lansia pada tipe ini menikmati kegiatan mandiri, mengganti aktivitas yang hilang dengan yang baru, serta selektif dalam memilih pekerjaan dan pergaulan.

c. Tipe Tidak Puas

Tipe ini sering mengalami konflik internal dan eksternal, menentang proses penuaan yang menyebabkan hilangnya daya tarik fisik, kekuasaan, dan status. Mereka cenderung pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan sering mengkritik.

c. Tipe Pasrah

Lansia tipe ini cenderung pasif, menerima nasib, dan bersedia mengikuti berbagai kegiatan atau pekerjaan.

d. Tipe Bingung

Individu ini sering mengalami kebingungan identitas, merasa kaget, mengasihani diri sendiri, rendah diri, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

4. Proses Menua

Proses menua melibatkan berbagai perubahan fisik dan mental, terutama penurunan fungsi dan kemampuan yang dimiliki sebelumnya.

Penurunan ini memengaruhi berbagai sistem tubuh, seperti melemahnya daya ingat, kekuatan otot, pendengaran, penglihatan, dan perubahan tampilan fisik, serta berbagai disfungsi biologis lainnya.

Menurut Constantanides (1994, dalam Abdul Muhith, 2016), penuaan adalah suatu proses transformatif yang mengubah individu dewasa sehat menjadi rentan, ditandai dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit serta kematian.

5. Perubahan -Perubahan Pada Lansia

Pertambahan usia pada manusia memicu proses penuaan degeneratif yang berdampak pada berbagai perubahan. Perubahan ini tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga memengaruhi aspek kognitif, emosional, dan seksual (Azizah, 2015).

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

Pendengaran: Terjadi presbikusis, yaitu gangguan pendengaran pada telinga bagian dalam, khususnya pada nada tinggi. Hal ini menyebabkan suara tidak jelas dan kata-kata sulit dimengerti, dengan kejadian mencapai 50% pada lansia di atas 60 tahun.

2) Sistem Integumen (Kulit)

Kulit lansia cenderung kendur, atrofi (penyusutan), tidak elastis, kering, dan berkerut akibat kekurangan cairan. Kulit menjadi tipis dan tampak berbintik. Atrofi kelenjar sebasea dan kelenjar sudorifera

menyebabkan kulit kering. Muncul pigmen coklat yang dikenal sebagai *liver spots*. Keriput terbentuk karena kehilangan jaringan lemak. Kulit kepala dan rambut menipis menjadi kelabu, sementara rambut di dalam telinga dan hidung menebal. Kuku juga menjadi keras dan rapuh.

3) Sistem Muskuloskeletal

Kartilago : Jaringan kartilago pada persendian melunak dan mengalami granulasi, meratakan permukaan sendi. Kemampuan regenerasi kartilago berkurang, dan degenerasi cenderung progresif, menjadikannya rentan terhadap gesekan.

Tulang : Penurunan kepadatan tulang merupakan bagian dari penuaan fisiologis yang mengakibatkan osteoporosis. Kondisi ini dapat menyebabkan nyeri, deformitas, dan fraktur. Tulang kehilangan densitas, menjadi rapuh, dan dapat memicu kifosis serta berkurangnya tinggi badan (penipisan diskus intervertebralis).

Otot : Struktur otot pada lansia menunjukkan variasi perubahan, termasuk penurunan jumlah dan ukuran serat otot, serta peningkatan jaringan penghubung dan lemak pada otot yang memberikan efek negatif.

Sendi : Jaringan ikat di sekitar sendi, seperti tendon, ligamen, dan fasia, kehilangan elastisitasnya seiring penuaan.

4) Sistem Kardiovaskular

Massa jantung bertambah, dan ventrikel kiri mengalami hipertrofi, mengurangi peregangan jantung. Kondisi ini disebabkan oleh perubahan

jaringan ikat, penumpukan lipofusin, serta kalsifikasi *sinoatrial node* (SA Node) dan jaringan konduksi yang berubah menjadi jaringan ikat.

5) Sistem Respirasi

Proses penuaan menyebabkan perubahan pada jaringan ikat paru. Kapasitas total paru tetap, namun volume cadangan paru meningkat untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru. Aliran udara ke paru berkurang, dan perubahan pada otot, kartilago, serta sendi toraks mengakibatkan berkurangnya mobilitas toraks.

6) Sistem Pencernaan dan Metabolisme

Terjadi penurunan produksi enzim, kemunduran fungsi indra pengecap, penurunan rasa lapar (kepekaan rasa lapar berkurang), pengecilan hati, berkurangnya tempat penyimpanan nutrisi, dan penurunan aliran darah ke organ pencernaan.

7) Sistem Perkemihan

Sistem perkemihan mengalami perubahan signifikan dengan banyak fungsi yang menurun, seperti laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8) Sistem Saraf

Sistem saraf pusat mengalami perubahan anatomi dan atrofi progresif pada serabut saraf lansia. Hal ini menyebabkan penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

9) Sistem Reproduksi

Sistem reproduksi lansia ditandai dengan pengecilan ovarium dan uterus pada wanita, serta atrofi payudara. Pada pria, testis masih mampu memproduksi spermatozoa, meskipun terjadi penurunan bertahap.

b. Perubahan Mental

Perubahan mental pada lansia dipengaruhi oleh beberapa factor :

- 1) Perubahan fisik terutama pada organ indra
- 2) Kesehatan umum
- 3) Tingkat pendidikan
- 4) Lingkungan
- 5) Gangguan saraf panca indra, seperti kebutaan dan ketulian
- 6) Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan
- 7) Serangkaian kehilangan, seperti hilangnya hubungan teman atau keluarga
- 8) Hilangnya kekuatan dan ketegangan fisik, perubahan gambaran diri, perubahan konsep diri. Aspek spiritual atau agama semakin terintegrasi dalam kehidupan lansia, menunjukkan kematangan dalam beragama yang tercermin dalam pola pikir dan tindakan sehari-hari.

c. Perubahan Psikososial

Lansia dapat mengalami berbagai perubahan psikososial, antara lain:

1) Kesepian

Terjadi ketika pasangan hidup atau teman dekat meninggal dunia, terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan seperti

penyakit berat, gangguan mobilitas, atau gangguan sensorik (khususnya pendengaran).

2) Duka Cita

Kematian pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan peliharaan dapat meruntuhkan pertahanan mental lansia yang sudah rapuh, memicu gangguan fisik dan kesehatan.

3) Depresi

Duka cita yang berlanjut dapat menimbulkan perasaan kosong, diikuti oleh keinginan menangis yang berlanjut menjadi episode depresi. Depresi juga dapat dipicu oleh stres lingkungan dan penurunan kemampuan adaptasi (Syamsuddin, 2023)

4) Gangguan Kecemasan

Meliputi fobia, panik, gangguan kecemasan umum, gangguan stres pascatrauma, dan gangguan obsesif-kompulsif. Gangguan ini dapat merupakan kelanjutan dari masa dewasa muda, atau sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian obat secara mendadak.

B. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Definisi Penyakit Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik setidaknya 140 mmHg atau tekanan darah diastolik setidaknya 90 mmHg

(Nurarif, 2015). Hipertensi tidak hanya meningkatkan risiko penyakit jantung, tetapi juga berisiko terhadap penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah; semakin tinggi tekanan darah, semakin tinggi pula risikonya.

Menurut *American Heart Association* (AHA) dalam Kemenkes (2018), hipertensi sering disebut sebagai "pembunuh senyap" (*silent killer*) karena gejalanya sangat bervariasi pada setiap individu dan mirip dengan gejala penyakit lain. Gejala umum meliputi sakit kepala atau rasa berat di leher, vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdengung (tinnitus), dan mimisan.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah di atas batas normal (sistolik > 140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg) yang dapat berlanjut pada gangguan sistem organ.

2. Etiologi Hipertensi

Menurut Aspiani (2014), hipertensi diklasifikasikan menjadi dua jenis berdasarkan penyebabnya:

a. Hipertensi Primer (esensial)

Hipertensi primer, juga dikenal sebagai hipertensi esensial atau idiopatik, merupakan jenis hipertensi yang tidak diketahui secara pasti penyebabnya. Beberapa faktor yang berkontribusi antara lain:

1) Faktor Genetik Individu

Riwayat keluarga penderita hipertensi memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kondisi serupa. Faktor genetik ini bersifat tidak dapat dimodifikasi

2) Faktor Kelamin dan Usia

Memiliki risiko lebih tinggi. Seiring bertambahnya usia, tekanan darah cenderung meningkat. Jenis kelamin laki-laki juga lebih berisiko dibandingkan perempuan.

3) Pola Makan

Konsumsi garam yang berlebihan berhubungan erat dengan peningkatan tekanan darah. Kelebihan garam menyebabkan ginjal menahan lebih banyak cairan, sehingga volume darah meningkat dan menambah beban kerja pembuluh darah, yang pada akhirnya meningkatkan tekanan darah. Faktor ini bersifat dapat dikendalikan melalui pengaturan asupan makanan.

4) Berat Badan

Dapat berkontribusi pada perkembangan hipertensi. Pemeliharaan berat badan Kelebihan berat badan atau obesitas (lebih dari 25% di atas berat badan ideal) dalam kisaran normal dapat menurunkan risiko.

5) Gaya Hidup

Gaya hidup yang tidak sehat, seperti merokok, konsumsi alkohol berlebihan, dan kurang aktivitas fisik, dapat memicu hipertensi. Merokok dalam jumlah banyak dan dalam jangka waktu

lama berkorelasi dengan peningkatan tekanan darah. Alkohol, jika dikonsumsi terus-menerus dan secara berlebihan, juga dapat memperburuk kondisi tekanan darah. Oleh karena itu, penerapan gaya hidup sehat sangat dianjurkan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder disebabkan oleh faktor yang jelas dan dapat diidentifikasi. Salah satu contohnya adalah hipertensi renovaskular, yang timbul akibat p

Penyempitan (stenosis) arteri renalis. Kondisi ini bisa disebabkan oleh kelainan bawaan atau aterosklerosis. Stenosis arteri tersebut mengurangi aliran darah ke ginjal, memicu aktivasi baroreseptor dan pelepasan renin, yang kemudian meningkatkan produksi angiotensin II. Angiotensin II berperan dalam peningkatan tekanan darah secara langsung serta merangsang sintesis aldosteron dan reabsorpsi natrium secara tidak langsung. Apabila stenosis diperbaiki atau ginjal yang terkena diangkat, tekanan darah dapat kembali normal (Tri Gesela Arum et al., 2019).

3. Manifestasi Klinis

Menurut Fuad et al (2022), gejala dan tanda hipertensi dibedakan menjadi dua kategori :

a. Tanda gejala spesifik

Sebagian besar penderita hipertensi tidak menunjukkan gejala yang khas. Kondisi ini umumnya hanya terdeteksi melalui pemeriksaan

tekanan darah oleh tenaga medis. Dengan demikian, tanpa pemeriksaan, hipertensi bisa tidak terdiagnosis.

b. Gejala umum yang sering ditemui

Beberapa keluhan umum yang sering dialami oleh penderita hipertensi mencakup :

- 1) Sakit kepala dan pusing
- 2) Sesak napas
- 3) Perasaan gelisah
- 4) Mual dan muntah
- 5) Mimisan (epistaksis)
- 6) Penurunan tingkat kesadaran
- 7) Gangguan penglihatan (penglihatan kabur)

4. Klasifikasi Hipertensi

Berdasarkan definisi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2018, tekanan darah dianggap normal jika tekanan darah sistolik di bawah 120 mmHg dan tekanan darah diastolik di bawah 80 mmHg. Seseorang didiagnosis mengidap hipertensi apabila tekanan darah sistoliknya melebihi 140 mmHg dan tekanan darah diastoliknya melebihi 90 mmHg.

Selain itu, menurut Tambayong (dalam Nurarif A.H. & Kusuma H., 2016), terdapat klasifikasi hipertensi klinis yang didasarkan pada nilai tekanan darah sistolik dan diastolic yaitu :

Tabel 2. 1 Klasifikasi Derajat Hipertensi Secara Klinis

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	Optimal	< 120 mmHg	< 80 mmHg

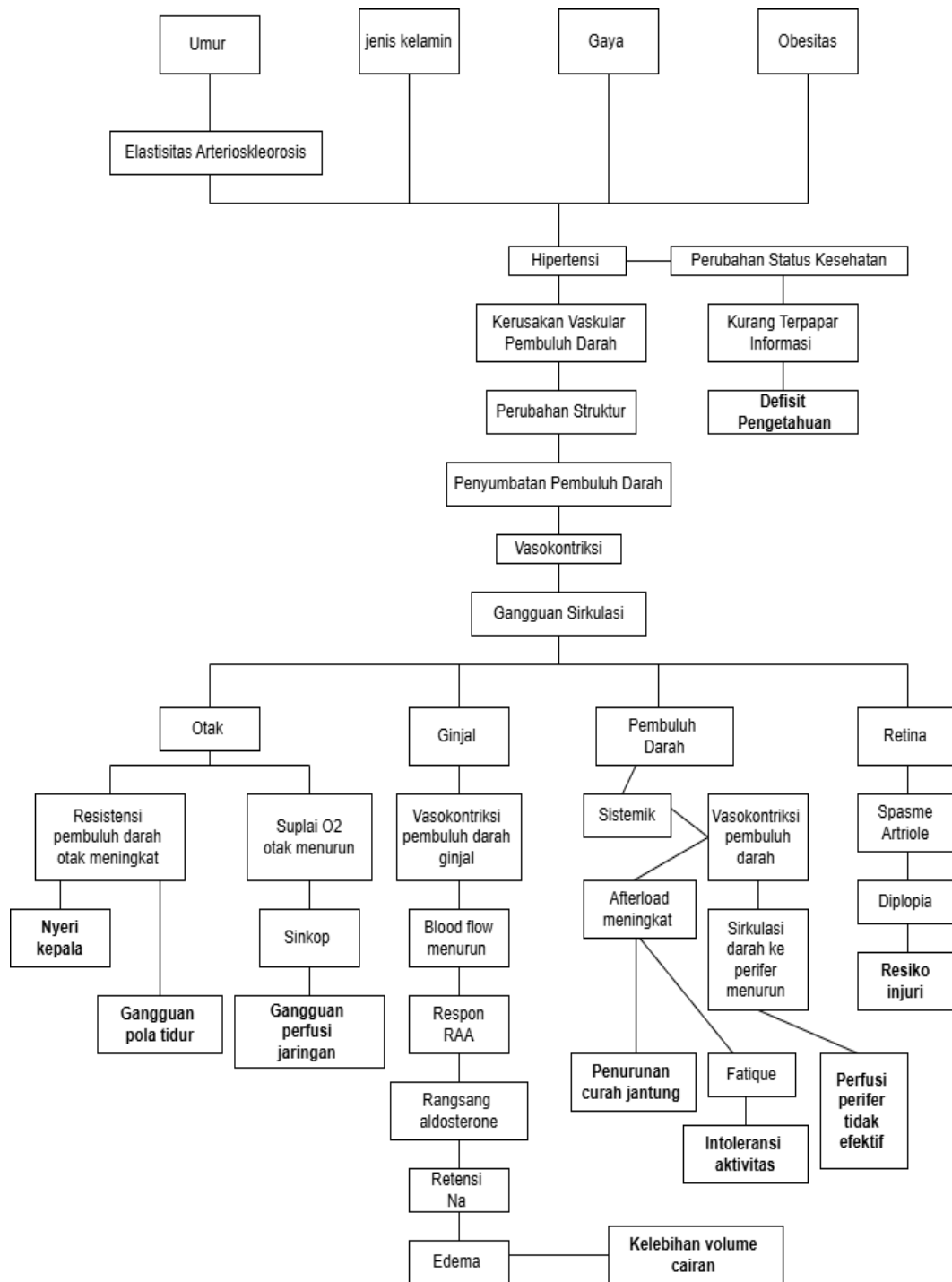
2	Normal	120-90 mmHg	80-84 mmHg
3	High Normal	130-139 mmHg	85-89 mmHg
4	Grade 1 (ringan)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
5	Grade 2 (sedang)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
6	Grade 3 (berat)	180-209 mmHg	100-119 mmHg
7	Grade 4 (sangat berat)	>210 mmHg	>120 mmHg

5. Fisiologi

Regulasi kontraksi dan relaksasi pembuluh darah dikendalikan oleh pusat vasomotor yang berlokasi di medula otak. Dari pusat ini, impuls disalurkan melalui saraf simpatis, yang kemudian turun ke korda spinalis dan keluar menuju ganglia simpatis di area toraks dan abdomen. Pada ganglia simpatis, neuron pre-ganglionik melepaskan asetilkolin, yang memicu serabut saraf pasca-ganglionik untuk melepaskan norepinefrin ke pembuluh darah, menyebabkan vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah). Faktor-faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat memengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor ini. Pasien dengan hipertensi menunjukkan sensitivitas tinggi terhadap norepinefrin, meskipun mekanisme pastinya belum sepenuhnya dipahami. Secara bersamaan dengan stimulasi saraf simpatis sebagai respons terhadap rangsangan emosional, kelenjar adrenal juga teraktivasi, yang berkontribusi pada aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epinefrin, yang juga menyebabkan vasokonstriksi. Sementara itu, korteks adrenal mengeluarkan kortisol dan steroid lain yang dapat memperkuat respons

vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi ini dapat mengurangi aliran darah ke ginjal, yang memicu pelepasan renin. Renin kemudian merangsang pembentukan angiotensin I, yang selanjutnya diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon aldosteron menyebabkan ginjal menahan natrium dan air, yang berdampak pada peningkatan volume intravaskular. Seluruh rangkaian mekanisme ini berpotensi memicu timbulnya hipertensi (Harrison., 2021).

6. Pathway



7. Komplikasi Hipertensi

a. Stroke

Stroke dapat terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak akibat tekanan yang terlalu tinggi, atau akibat sumbatan dari emboli yang berasal dari luar otak. Kondisi ini kerap ditemukan pada penderita hipertensi kronis, di mana arteri otak mengalami penebalan dan pengerasan.

b. Gagal jantung

Tekanan darah yang tinggi membuat jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa darah. Lama-kelamaan, otot jantung menebal dan meregang, menyebabkan penurunan fungsi pompa jantung dan akhirnya berujung pada gagal jantung. (Udjianti, 2013)

c. Gagal ginjal

Tekanan darah tinggi yang berkelanjutan dapat merusak kapiler glomerulus di ginjal. Bila kerusakan ini terus berlanjut, suplai darah ke nefron akan terganggu dan bisa menyebabkan kematian jaringan ginjal serta hipoksia. (Brunner & Suddarth, 2015)

d. Ensefalopati

Kondisi ini umumnya muncul pada hipertensi maligna—jenis hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya. Tekanan tinggi menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler di otak sehingga cairan masuk ke jaringan saraf, mengganggu fungsinya. (Aspiani, 2014)

e. Kejang pada kehamilan

Kejang dapat muncul pada wanita dengan preeklampsia. Bayi yang dikandung bisa mengalami berat lahir rendah karena aliran darah ke plasenta tidak optimal, bahkan dapat mengalami kekurangan oksigen (hipoksia) dan asidosis bila kejang terjadi selama atau sebelum persalinan. (Aspiani, 2014) Hipertensi

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), pemeriksaan penunjang hipertensi mencakup:

a. Pemeriksaan Laboratorium Hb/Ht

Untuk menilai hubungan sel darah terhadap volume cairan, serta mendeteksi kondisi seperti anemia atau kecenderungan perdarahan.

b. BUN/Kreatinin

Untuk menggambarkan fungsi ginjal dan aliran darah ke ginjal.

c. Gula darah (Glukosa)

Untuk menilai adanya hiperglikemia yang bisa memicu hipertensi, terutama pada pasien diabetes.

d. Urinalisis

Untuk melihat kehadiran darah, protein, atau glukosa dalam urin bisa mengindikasikan disfungsi ginjal atau diabetes.

e. CT Scan

Untuk mendeteksi adanya tumor serebral atau ensefalopati.

f. EKG

Untuk melihat tanda-tanda gangguan jantung akibat hipertensi, misalnya pembesaran atrium kiri.

g. IVP (Intravenous Pyelography)

Untuk mengetahui penyebab hipertensi seperti batu ginjal atau gangguan struktur ginjal.

h. Foto Rontgen Dada

untuk melihat pembesaran jantung atau kerusakan katup jantung.

9. Penatalaksanaan Hipertensi

a. Penatalaksanaan Farmakologi

1) Pola Makan Sehat

Mengadopsi pola makan sehat, seperti mengurangi konsumsi garam, meningkatkan asupan makanan yang kaya kalium, memperbanyak buah dan sayur, serta membatasi makanan berkolesterol tinggi, dapat membantu mencegah penyakit jantung koroner dan menjaga tekanan darah tetap normal.

2) Menurunkan Berat Badan Jika Berlebihan

Bagi individu dengan berat badan berlebih, menurunkan berat badan secara bertahap sangat dianjurkan. Aktivitas fisik secara rutin, seperti berjalan kaki, berlari, berenang, atau bersepeda, dapat membantu menurunkan tekanan darah sekaligus meningkatkan kesehatan jantung.

3) Menghindari Kebiasaan Buruk

Mengubah gaya hidup juga berarti meninggalkan kebiasaan yang merugikan kesehatan. Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol adalah langkah penting dalam menjaga kesehatan pembuluh darah dan menurunkan risiko hipertensi.

b. Penatalaksanaan Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi menurut Saiful (2015) yaitu menggunakan golongan obat-obatan Hipertensi seperti golongan diuretic, golongan betablocker, golongan antagonis kalsium, golongan penghambat konversi rennin angiotensin.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Lanjut Usia (Gerontik)

Asuhan keperawatan gerontik merupakan rangkaian tindakan yang diberikan kepada lansia baik secara individu maupun kelompok, di berbagai tempat seperti rumah, panti werdha, atau fasilitas kesehatan. Pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan, yang meliputi pengkajian kondisi lansia, penentuan diagnosis keperawatan, penyusunan rencana intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan,, evaluasi hasil asuhan. (Mustika, I.W.2019)

1. Pengkajian

a. Anamnesa

1) Identitas Klien

Terdiri dari nama, jenis kelamin, umur, alamat , tempat tanggal lahir, agama, suku/bangsa, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan,

sumber pendapatan, tempat tinggal sekarang, status perkawinan, tanggal pengkajian, dan diagnosa medik.

2) Identitas Penanggung Jawab

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

3) Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya pada pasien hipertensi mengalami nyeri pada daerah kepala dan tengkuk, gelisah, pusing, lemas, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epistaksis, kesadaran menurun, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah.

4) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian dengan menanyakan keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama, keluhan terlazim yang di rasakan lansia dengan hipertensi yaitu nyeri kepala bagian belakang, pusing, penglihatan buram, mual, detak jantung tidak teratur, nyeri dada, tengkuk terasa pegal, kaku dan sakit. Keluhan yang dirasakan dapat hilang timbul dan timbul saat terjadi peningkatan tekanan darah (Udjianti, 2016). Untuk setiap keluhan di perjelas dengan PQRST :

- a. Paliatif/Provokatif : yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri seperti kelelahan.
- b. Quantitas/Quality : Kualitas nyeri berupa nyeri tajam/tertusuk-tusuk.

- c. Region/Radiasi : Didaerah mana nyeri yang di rasakan, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya
- d. Severity/Skala : yaitu faktor pada intensitas nyeri
- e. Time : Waktu atau kapan terjadinya keluhan tersebut

5) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji apakag pasien memiliki kebiasaan meokok dan sering mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung garam dan kolesterol, pasien memiliki riwayat obesitas dengan kurangnya pola aktivitas sehari-hari, dan perlu ditanyakan juga riwayat jatuh/kecelakaan, riwayat pemakaian obat-obatan, dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat dengan klien hipertensi biasanya menggunakan obat antihipertensi (Misyati & Asmaruddin, 2019)

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji pada klien tentang apakah di dalam keluarga ada yang mempunyai riwayat penyakit genetik atau memiliki riwayat yang terkena hipertensi.

b. Aktivitas sehari-hari (*Activity Daily Living*)

1) Pola nutrisi dan cairan

Pola aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan klien, peningkatan nafsu makan, mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, dan juga frekuensi minum pada klien (Tarwoto dkk, 2017).

2) Pola eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan eliminasi dan keluhan yang di rasakan klien pada saat BAK dan BAB (Tarwoto.dkk, 2017).

3) Pola istirahat tidur

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

4) Pola personal hygiene

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

5) Pola aktivitas

Dikaji mengenai kebiasaan pemamfaatan waktu luang dan apakal ada keluhan saat beraktivitas atau tidak.

c. Pemeriksaan Fisik

Secara keseluruhan, pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan informasi dasar mengenai kondisi kesehatan klien, memperkuat atau membantah data yang diperoleh dari riwayat keperawatan, memastikan serta mengenali diagnosis keperawatan, membuat penilaian klinis terhadap perubahan status kesehatan klien dan tindak lanjutnya, serta menilai respons fisiologis klien terhadap

intervensi keperawatan yang telah diberikan (Sunaryo et al., 2015).

Berikut ini aspek pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan :

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

d. Pemeriksaan fisik persistem

1) Sistem penginderaan (penglihatan)

Kaji apakah terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan kabur, menurun, buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutuhan monokuler), penglihatan ganda (dipilopia), atau gangguan yang lain. Ukuran reaksi pupil tidak sama, kesulitan untuk melihat objek, atau warna dan wajah yang pernah dikenali dengan baik.

2) Sistem Pernafasan

Pada kasus hipertensi berat klien mengalami gangguan sistem pernafasan seperti Dyspnea, frekuensi nafas 20 x/menit, irama nafas tidak teratur dan adanya batuk dan terdapat sputum.

3) Sistem Pendengaran

Pada kasus hipertensi, klien tidak mengalami gangguan ada fungsi pendengaran dan fungsi keseimbangan.

4) Sistem Kardiovaskular

Sirkulasi Perifer pada klien dengan hipertensi ringan dalam keadaan normal dengan frekuensi nadi 60-100 x/menit, irama teratur pada kasus hipertensi berat frekuensi nadi pasien dapat mencapai 100 x/menit, irama tidak teratur dan lemah. Sirkulasi jantung pada kasus

hipertensi ringan, sirkulasi jantung dalam keadaan normal dengan kecepatan denyut jantung teratur dan terdapat bunyi jantung tambahan (S3), adanya nyeri dada pada kasus hipertensi sekunder dengan komplikasi kelainan jantung.

5) Sistem Hematologi

Pada hipertensi berat ditandai dengan keadaan umum pucat, pendarahan yang menyebabkan stroke dikarenakan obstruksi dan pecahnya pembuluh darah.

6) Sistem Endokrin

Tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin.

7) Sistem Persyarafan

Pada hipertensi ringan adanya rasa nyeri pada daerah kepala dan tengkuk, kesadaran composmentis, pada hipertensi berat kesadaran dapat menurun menjadi koma.

8) Sistem Gastrointestinal

Ditemukannya keluhan tidak nafsu makan, mual dan muntah secara penurunan berat badan.

9) Sistem Pencernaan

Pada hipertensi berat dengan komplikasi yang mengakibatkan nyeri pada abdomen

10) Sistem Integumen

Kulit tampak pucat, adanya nodule subkutan, terdapat edema serta turgor kulit klien jelek akibat penuaan. Dan turgor kulit buruk pada hipertensi berat dan adanya edema pada daerah ekstremitas.

11) Sitem Muskuloskeletal

Kaji kekuatan otot dan kelemahan ekstremitas, kesimetrisan cara berjalan dan gangguan tonus otot, pada klien hipertensi di dapat klien merasakan sedikit kesulitan dalam bergerak dan kelemahan otot, untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kesemutan atau kabas.

12) Sistem perkemihan

Umumnya mengalami inkontinensia urine, adanya gangguan pola berkemih yang sering terjadi di malam hari.

e. Pengkajian Psikososial

1) Aspek Sosial

Lansia sering menghadapi tantangan dalam fungsi sosial yang dapat memengaruhi cara mereka berinteraksi dengan orang lain. Seiring dengan meningkatnya harapan hidup, perhatian terhadap peningkatan kualitas hidup lansia menjadi semakin penting. Kaji kebutuhan lansia dengan orang terdekat di sekitarnya yaitu petugas kesehatan atau teman satu kamarnya sebagai peran sentral pada tingkat kesehatan dan kesejahteraan (Hadi & Stefanus Lukas, 2024).

2) Identifikasi masalah emosional

Pertanyaan tahap I :

- a) Apakah klien mengalami sukar tidur?
- b) Apakah klien sering merasa gelisah?
- c) Apakah klien sering merasa murung?
- d) Apakah klien khawatir?

Jika ada jawaban "ya" ≥ 1 maka pertanyaan di lanjut ke tahap 2

Pertanyaan tahap II :

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

Bila lebih dari satu sama sama dengan satu jawaban "ya" masalah emosional positif (+).

f. Pengkajian Spiritual

Mengkaji aspek spiritual yaitu tentang keyakinan dan nilai-nilai ketuhanan yang di anut, keyakinan akan kematian, dan kegiatan keagamaan dan harapan klien.

g. Pengkajian fungsional

1) KATZ Indeks (Indeks kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari)

Pemeriksaan dilakukan untuk memasukkan klien ke dalam kategori yang sesuai dengan tingkat kemandiriannya berdasarkan pengelompokkan pada table di bawah ini :

Tabel 2. 2 Katz Indeks Pengkajian Fungsional Klien

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
2	Berpakaian				
3	Pergi ke toilet				
4	Berpindah				
5	BAB dan BAK				
6	Makan				

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

Keterangan:

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

2) Modifikasi dari Barthel Indeks

Pemeriksaan Barthel Indeks merupakan suatu instrumen pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian lanjut usia yang sering digunakan, dengan ukuran mandiri fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, dengan menggunakan 10 indikator

Tabel 2. 3 Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
2	Minum	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5 atau 10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, menggosok gigi)	0	5	Frekuensi :
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	Frekuensi :
6	Mandi	5	15	Frekuensi :
7	Berjalan di permukaan datar	0	5	Frekuensi :
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	15	Frekuensi : Jumlah : Jenis :

10	Kontrol bowel (BAB)	5	5	
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	
12	Olahraga/Latihan	5	10	Frekuensi :
13	Rekreasi /Pemanfaatan waktu luang	5	10	Frekuensi :

Interpretasi :

Skor 130 : Mandiri

Skor 65-125 : Ketergantungan Sebagian

Skor <65 : Ketergantungan Total

3) Pengkajian Status Mental

Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan Short Portable Status Questioner (SPMSQ) dan yang kedua dengan menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE). Instruksi: ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Menguji 10 pertanyaan berkaitan dengan orientasi, riwayat pribadi, ingatan jangka pendek, ingatan jangka panjang dan perhitungan. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dengan SPMSQ.

Tabel 2. 4 Pengkajian Status Mental Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini?
		2	Hari apa sekarang?
		3	Apa nama tempat ini?

		4	Dimana alamat ini?
		5	Berapa umur anda?
		6	Kapan anda lahir? (Minimal tahun lahir)
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
		9	Siapa nama ibu anda?
		10	Kurangi 3 dan 20 dan tetap kurang sampai 3 kali pengurangan

Score Total :

Interpretasi hasil :

Skor salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Skor salah 4-5 : Fungsi intelektual ringan

Skor salah 6-8 : Fungsi intelektual sedang

Skor salah 9-10 : Fungsi intelektual beraT

4) Pengkajian Aspek Kognitif dan Fungsi Mental

Tabel 2. 5 Pengkajian Aspek Kognitif Dan Fungsi Mental Dengan Menggunakan Aspek MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
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?
	Orientasi	5		Menyebutkan dimana sekarang kita berada : 1) Negara apa? 2) Provinsi apa? 3) Kota apa? 4) Desa/Kampung apa?

				5) Alamat dimana?
2	Registrasi	3		Sebutkan nama 3 objek (ditunjukkan oleh pemeriksa) dalam 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek yang disebutkan, lalu tanya kembali ketiga objek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Lalu beri 1 point untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat. Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal maka tidak dapat dilakukan test pada aspek MENINGAT
3	Perhatian dan Kalkulasi	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban yang benar) 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung, bisa mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya), misal : DUNIA (eja : A-I-N-U-D)
4	Mengingat	3		Minta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar nilai 1 point untuk setiap obyek yang disebutkan

5	Bahasa	9	Memberi nama (naming) Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (misal jam tangan atau pensil), beri point 1 untuk masing-masing jawaban yang benar (skor =2) ➤ Jam tangan ➤ Pensil Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya : “namun”, “tetapi”, “bila”, Atau kata yang lebih sulit lagi : “taka dan jika, dan, atau, tetapi “ Hanya 1 kali mencoba. Jika benar beri 1 point jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan. Perintah 3 tahap (3 stage comment) Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta klien untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta klien untuk menaruhnya di lantai. Nilai 1 point untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar ➤ Ambil kertas di tangan anda ➤ Lipat dua ➤ Taruh di lantai Membaca (reading) Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat : “Pejamkan mata anda”
---	--------	---	---

				Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) Menulis (writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar beri nilai 1 point Menyalin (copy) Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya sersinggungan, jika benar beri nilai 1 point : 
--	--	--	--	--

Interpretasi Hasil :

Nilai 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif/normal

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

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

2. Analisa Data

Analisis data adalah suatu kemampuan kognitif yang berperan dalam mengembangkan daya pikir dan penalaran, yang dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan dan pengetahuan seseorang. Proses ini memerlukan keterampilan untuk mengaitkan serta menghubungkan data dengan konsep, teori, dan prinsip yang sesuai, guna menarik kesimpulan dan mengidentifikasi masalah kesehatan dalam asuhan keperawatan pasien.

3. Diagnosa Keperawatan

Merupakan hasil dari penilaian klinis terhadap respons individu terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang atau berpotensi dialami. Tujuan dari diagnosa ini adalah untuk mengenali respons klien—baik individu, keluarga, maupun komunitas terhadap kondisi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis
- b. Perfusi tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- f. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
- g. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan mencakup seluruh tindakan yang dilakukan oleh perawat, yang didasarkan pada pengetahuan serta penilaian klinis, dengan tujuan mencapai hasil atau luaran yang diharapkan. Sementara itu, tindakan keperawatan merujuk pada perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan oleh perawat sebagai bentuk pelaksanaan dari intervensi keperawatan tersebut. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

Tabel 2. 6 Intervensi keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Klien tampak meringis menurun 3) Tekanan darah membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1) Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis : akupuntur, terapi music, biofeedback, kompres hangat)

			2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis : suhu ruangan, pencahayaan,, kebisingan) Edukasi 1) Anjurkan memonitor nyeri secara berkala 2) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
2	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Setelah di lakukan Tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan Kriteria hasil : 1) Nadi perifer teraba kuat 2) Akral teraba hangat 3) Warna kulit tidak pucat	Pemantauan tanda vital (I.02060) Observasi 1) Memonitor tekanan darah 2) Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3) Memonitor kedalaman pernafasan (frekuensi, kedalaman) 4) Memonitor suhu nadi 5) Memonitor oxymetri nadi 6) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik 1) Atur interval

			pemantauan kondisi pasien Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
3	Intoleransi Aktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan Kriteria hasil : 1) Kemudahan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 2) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 3) Keluhan Lelah menurun 4) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat	Manajemen energi (I.050178) Observasi 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional 2) Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 1) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi 1) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 2) Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4	Ansietas	Setelah di lakukan Tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan Kriteria hasil : 1) Verbalisasi	Redukasi ansietas (I.09314) Observasi 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu,

		khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2) Perilaku gelisah menurun 3) Perilaku tegang menurun	stressor) 2) Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 1) Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman Edukasi 1) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
5	Defisit Pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat Kriteria hasil : 1) Kemampaun menjelaskan pengetahuan tentang hipertensi meningkat 2) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

			Edukasi 1) Jelaskan faktor dan resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat di gunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
6	Resiko Penurunan Curah Jantung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan duharapkan curah jantung meningkat dengan Kriteria hasil : 1) Tanda vital dalam rentang normal 2) Nadi teraba kuat 3) Pasien tidak mengeluh lelah	Perawatan jantung (I.02075) Observasi 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal, nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi, vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3) Monitor tekanan

			darah 4) Monitor intake dan output cairan 5) Monitor keluhan nyeri dada Terapeutik 1) Berikan diet jantung yang sesuai 2) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika peril Edukasi 1) Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi 2) Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian Antihistamin, jika perlu
7	Resiko Jatuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan Kriteria hasil : 1) Resiko jatuh dari tempat tidur menurun 2) Resiko jatuh saat berjalan menurun 3) Resiko jatuh saat berdiri menurun	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi 1) Identifikasi faktor risiko (mis: usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, deficit 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: Morse Scale Humpty) Terapeutik 1) Pasang handrall tempat tidur Edukasi 1) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
8	Gangguan Pola Tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan Kriteria hasil : 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan istirahat tidur kurang cukup menurun	Dukungan tidur (I.05174) Observasi 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor yang mengganggu tidur 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh) Terapeutik 50 Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, tempat tidur) 51 Batasi tidur siang, jika perlu

			52 Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pengatur posisi, akupresur) Edukasi 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2) Anjurkan menghindari makanan /minuman yang mengganggu tidur
--	--	--	--

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan didefinisikan sebagai serangkaian aktivitas yang dilaksanakan oleh perawat untuk memfasilitasi transisi pasien dari kondisi kesehatan yang bermasalah menuju status kesehatan yang optimal, sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pelaksanaan implementasi ini berpusat pada kebutuhan spesifik klien, mempertimbangkan faktor-faktor yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, menerapkan strategi implementasi yang sesuai, dan mengintegrasikan kegiatan komunikasi yang efektif (Dinarti (2017))

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan final dalam siklus proses keperawatan, bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan. Tahap ini mengukur keberhasilan perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien

Untuk mempermudah perawat dalam memantau perkembangan pasien, digunakan format evaluasi SOAP/SOAPIE/SOAPIER, dengan komponen sebagai berikut :

S (Subjektif) : Informasi yang diperoleh dari ungkapan pasien setelah intervensi dilakukan.

O (Objektif) : Data yang didapatkan dari hasil observasi, penilaian, atau pengukuran yang dilakukan perawat pasca-intervensi.

A (Analisis) : Proses perbandingan antara data subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan, kemudian menarik kesimpulan mengenai status masalah (teratasi, belum teratasi, teratasi sebagian, atau muncul masalah baru).

P (Perencanaan) : Rencana intervensi keperawatan lanjutan.

I (Implementasi) : Pelaksanaan intervensi sesuai dengan rencana yang telah disusun untuk mengatasi masalah pasien.

E (Evaluasi) : Respon atau penilaian terhadap tindakan yang telah dilakukan.

R (Reasesmen) : Penyesuaian rencana asuhan secara cepat berdasarkan hasil evaluasi dan implementasi yang telah dilaksanakan. Hasil evaluasi ini krusial untuk menentukan perlunya perbaikan atau perubahan intervensi dan tindakan (Kemenkes, 2017)

7. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah kegiatan pencatatan dan pengumpulan bukti terkait seluruh tahapan pelaksanaan proses

keperawatan. Proses dokumentasi ini memanfaatkan pendekatan proses perawatan untuk mencatat respons dan tanggapan pasien terhadap berbagai tindakan medis dan perawatan yang diberikan oleh perawat (Prabowo, 20

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama : Ny. A
Umur : 61 Tahun
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 06 November 1964
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Kp. Genteng
Agama : Islam
Suku Bangsa : Sunda
Pendidikan : SMP
Status Perkawinan : Kawin
Diagnosa Medis : Hipertensi
Tanggal Pengkajian : 25/04/2025
Penanggung Jawab : Ny. R
Hubungan dengan klien : anak

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri kepala

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 25 April 2025 Pukul 09.30 wib. Klien mengeluh nyeri di bagian kepala sampai ke belakang tengkuk . Nyeri dirasakan pada siang hari dengan hilang timbul, nyeri bertambah saat banyak melakukan aktivitas dan berkurang saat klien beristirahat, seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 (0-10). Klien juga mengeluh sulit tidur di malam hari, tidak puas tidur dan kualitas tidur tidak nyenyak, klien juga tidak mengetahui kondisi penyakit yang dideritanya dan cara pengobatannya. Pada saat di periksa tekanan darah klien Ny. A 180/100 mmHg.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan klien, klien mengalami penyakit darah tinggi sudah hampir 1 tahun hingga sekarang, klien tidak memiliki penyakit berat lainnya selain penyakit hipertensi yang dideritanya sekarang.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarganya yang memiliki riwayat penyakit hipertensi dan penyakit menular seperti asma, TBC, hepatitis dan penyakit menular lainnya.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Composmentis dengan GCS = 15 (E4M6V5)

Penampilan : Klien berpakaian baik

2) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : 180/100 mmHg

Nadi : 89x/menit

Suhu : 36,7 °

Respirasi : 22x/menit

SpO2 : 97%

TB : 155 kg

BB : 55 cm

3) Pemeriksaan Persistem

a) Sistem Pernafasan

(1) Hidung : Lubang hidung simetris antara lubang hidung kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tampak bersih, fungsi penciuman baik, tidak ada nyeri di daerah hidung.

(2) Paru-paru : Bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, irama teratur.

b) Sistem Kardiovaskuler

Tidak ada peningkatan JVP, tidak ada otot bantu pernafasan, tidak terdengar suara nafas tambahan, bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, irama jantung regular, bunyi jantung “lup dup” (S1,S2),

c) Sistem Integumen

Penyebaran rambut merata, warna rambut putih, rambut terlihat bersih, warna kulit sawo matang, integritas kulit keriput, tidak ada edema, saat dicubit kulit tampak kemali dengan waktu 2 detik, tidak ada lesi, bentuk kuku tampak bersih dan tidak terdapat lesi disekitar kuku.

d) Sistem Perkemihan

Klien mengatakan tidak terdapat keluhan pada sistem perkemihan, dan tidak ada nyeri pada saat BAK, warna urine klien kuning jernih, menurut klien frekuensi berkemihnya 4-6x/hari.

e) Sistem Muskulokeletal

(1) Ekstremitas atas : Posisi kedua tangan simetris antara tangan kanan dan kiri, tidak terdapat nyeri tekan di ekstremitas atas klien, kekua

(2) Ekstremitas bawah : Posisi kaki simetris antara kanan dan kiri, refleks fatela (+), kekuatan otot 5 atau kekuatan otot baik, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat edema di ekstremitas bawah.

f) Sistem Endokrin

Pada saat inspeksi pergerakan leher, didapati bahwa klien mampu menoleh ke kiri dan kanan dengan baik. Tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid maupun pembesaran

kelenjar getah bening di kedua sisi leher, serta tidak terdapat nyeri tekan.

g) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, warna bibir kecoklatan, keadaan bibir bersih, warna gigi tampak kekuningan dan mulai tidak utuh, fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik terbukti klien dapat merasakan manis, asin, dan pahit, tidak terdapat nyeri tekan dan bising usus 12x/menit.

h) Sistem Sensori dan Persepsi

- (1) Mata simetris antara kanan dan kiri, sklera putih, konjungtiva pucat, pupil mengecil pada saat di beri rangsangan cahaya, ketika di tes membaca papan nama penglihatan klien kurang jelas
- (2) Letak telinga kanan dan kiri tampak simetris, tidak ada edema/lesi maupun benjolan, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik terbukti klien dapat menjawab semua pertanyaan perawat dengan tepat.

i) Sistem Neurologi

(1) Nervus I (Olfactorius)

Klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan kopi.

(2) Nervus II (Opticus)

Fungsi penglihatan klien dapat melihat dengan baik, terbukti ketika di tes membaca papan nama.

(3) Nervus III (Oculomotorius)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke kiri dan kanan

(4) Nervus IV (Trochlearis)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah.

(5) Nervus V (Trigeminalis)

Klien dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri dan samping kanan.

(6) Nervus VI (Abducens)

Sensori kulit wajah klien baik, dapat merasakan sentuhan pada pipi kanan dan kiri.

(7) Nervus VII (Facialis)

Klien mampu tersenyum, meringis, membuka dan memejamkan mata, dan dapat menggerakkan alis dan mengendurkan dahi.

(8) Nervus VIII (Vestibulokoklearis)

Fungsi pendengaran baik, fungsi keseimbangan klien baik, terbukti pada saat berjalan tidak menggunakan alat bantu.

(9) Nervus IX (Glossopharyngeus)

Klien dapat membuka mulut

(10) Nervus X (Vagus)

Klien dapat menelan dengan baik

(11) Nervus XI (Accessory)

Klien dapat berbicara dengan jelas, fungsi lidah baik terbukti klien dapat menjulurkan lidah dan menggerakkan kesegala arah.

(12) Nervus XII (Accesorius)

Klien dapat menggerakkan kedua bahunya dan menggerakkan kepala.

d. Pemeriksaan Psikososial

1) Status emosi

Saat di kaji status emosional Ny. A stabil dan kooperatif saat di ajak berbincang.

2) Konsep diri

(a) Citra tubuh

Klien menerima semua anggota tubuh yang dimiliki karena semuanya pemberian Allah SWT.

(b) Identitas dan peran diri

Saat di kaji klien mengatakan dirinya bernama Ny. A, berjenis kelamin Perempuan yang berumur 63 tahun, klien memiliki suami yang supportif, klien memiliki 2 orang anak dalam keluarganya, Ny.A berperan sebagai ibu rumah tangga.

(c) Ideal diri

Klien mengatakan sembuh dari penyakit yang di deritanya sekarang agar bisa beraktivitas seperti biasanya.

(d) Harga diri

Klien berperan sebagai ibu untuk anak-anaknya.

(e) Pengkajian spiritual

Klien beragama islam klien selalu mengikuti pengajian, taat menjalankan shalat 5 waktu dan klien selalu berdoa agar keadaanya baik klien juga yakin bahwa Allah SWT akan selalu melindungi hambanya.

(f) Pola aktivitas sehari-hari (ADL)

Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari (ADL)

No	Jenis Kegiatan	Di Rumah
1	Nutrisi a. Makan - Jenis makanan - Frekuensi - Cara - Keluhan b. Minum - Jenis minuman - Frekuensi - Cara - Keluhan	- Nasi + lauk pauk + sayuran - 3x sehari - Mandiri - Tidak ada - Air putih - 6-8 gelas - Mandiri - Tidak ada
2	Eliminasi a. BAB - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Bau - Keluhan b. BAK - Frekuensi - Warna - Bau - Keluhan	- 2x sehari - Setengah padat - Kuning kecoklatan - Khas feses - Tidak ada - 4-6x sehari - Kuning jernih - Khas urin - Tidak ada
3	Personal Hygine - Mandi - Gosok gigi - Keramas - Ganti baju - Cara	- 2x sehari - 2x sehari - 1x sehari - 2x sehari - Mandiri

	- Keluhan	- Tidak ada
4	Pola Istirahat a. Tidur siang - Frekuensi - Kualitas b. Tidur malam - Frekuensi - Kualitas	- 1-2 jam - Kadang nyenyak kadan tidak - 3-4 jam - Tidak nyenyak
5	Pola aktivitas kebiasaan	Klien beraktivitas seperti biasanya cuci piring, membersihkan tempat tidur, dll

e. Pengkajian emosional

1) Aspek Sosial

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

2) Identitas Masalah Sosial

Pertanyaan tahap 1 :

- (a) Apakah klien sukar tidur ? iya
- (b) Apakah klien suka merasa gelisah ? tidak
- (c) Apakah klien suka murung dan meringis sendiri ? tidak
- (d) Apakah klien sering khawatir ? tidak

Interpretasi data : dilihat dari pertanyaan diatas dapat terdapat jawaban “ya” sama dengan satu, sehingga dapat disimpulkan bahwa klien memiliki masalah emosional positif (+).

f. Pengkajian Fungsional

1) KATZ Indeks

Tabel 3. 2 Pengkajian Fungsional Klien dengan Menggunakan KATZ Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
2	Berpakaian		✓		
3	Pergi ke toilet		✓		
4	Berpindah		✓		
5	BAB dan BAK		✓		
6	Makan		✓		

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

Kesimpulan Ny. A mandiri semuanya, baik dalam hal mandi, berpakaian, pergi ke toilet, BAB dan BAK, makan, berpindah, jadi klien termasuk pada tingkat kemandirian Katz Indeks A.

2) Barthel Indeks

Tabel 3. 3 Barthel Indeks Pemeriksaan

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	0	10	Frekuensi : 3x sehari Jumlah : 1 porsi Jenis : Nasi, lauk, pauk
2	Minum	0	10	Frekuensi : < 6/hari Jenis : air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	0	15	Klien mampu berpindah dari tempat tidur dan tidak menggunakan kursi roda, dilakukan sendiri
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, menggosok gigi)	0	5	Frekuensi : 2x/hari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	0	10	Dilakukan mandiri
6	Mandi	0	15	Frekuensi : 2x/hari
7	Berjalan di permukaan datar	0	5	Klien mampu berjalan di permukaan datar, dilakukan mandiri
8	Naik turun tangga	0	10	Klien mampu naik turun tangga secara mandiri
9	Mengenakan pakaian	0	15	Klien mampu mengenakan pakaian dan berganti pakaian secara mandiri 1-2x/hari
10	Kontrol bowel (BAB)	0	10	Klien mampu BAB mandiri Frekuensi : 2x/hari Konsistensi : padat
11	Kontrol bladder (BAK)	0	10	Frekuensi : 4-6x/hari Warna : kuning terang
12	Olahraga/Latihan	0	10	Klien mampu olahraga mandiri

				Jenis : jalan di pagi hari
13	Rekreasi /Pemanfaatan waktu luang	0	5	Jenis : pengajian, nonton tv
	SKOR		130	Mandiri

Jumlah skor 130 : Dilihat dari data skor 130, yaitu dengan keterangan

Ny. A melakukan aktivitas secara mandiri

Keterangan :

Skor 130 : Lansia mandiri

Skor 65-125 : Lansia ketergantungan Sebagian

Skor < 60 : Lansia ketergantungan total

g. Pengkajian Status Mental

a) Pemeriksaan SPMSQ

Tabel 3. 4 Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
✓		1	Tanggal berapa hari ini? 24 April 2025
✓		2	Hari apa sekarang? Senin
✓		3	Apa nama tempat ini? Kp. Genteng
✓		4	Dimana alamat ini? Kp. Genteng Desa Jati
✓		5	Berapa umur anda? 61 Tahun
✓		6	Kapan anda lahir? (Minimal tahun lahir) 1964
✓		7	Siapa presiden Indonesia sekarang? Prabowo
	✓	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya? SBY
✓		9	Siapa nama ibu anda? Asih
		10	Kurangi 3 dan 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengurangan

Keterangan :

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-3 : Fungsi intelektual Utuh

Jumlah jawaban salah sebanyak 4-5 : Fungsi intelektual Ringan

Jumlah jawaban salah sebanyak 6-8 : Fungsi intelektual Sedang

Jumlah jawaban salah sebanyak 9-10 : Fungsi intelektual Berat

Skor total salah : 1

Interpretasi hasil Ny. A menjawab pertanyaan dan terdapat 1 point yang salah berarti menunjukkan fungsi intelektual utuh

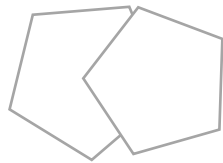
- b) Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Tabel 3. 5 MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : 1) Tahun berapa sekarang? 2025 2) Musim apa sekarang? Hujan 3) Tanggal berapa sekarang? 24 4) Hari apa sekarang? Senin 5) Bulan apa sekarang? April
	Orientasi	5	5	Menyebutkan dimana sekarang kita berada : 1) Negara apa? Indonesia 2) Provinsi apa? Jabar 3) Kota apa? Garut 4) Desa/Kampung apa? Desa Jati

				5) Alamat dimana? Kp. Genteng
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek (ditunjukkan oleh pemeriksa) dalam 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek yang disebutkan, lalu tanya kembali ketiga objek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. 1) Obyek buku 2) Obyek pulpen 3) Obyek jam tangan
3	Perhatian dan Kalkulasi	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban yang benar) 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65
4	Mengingat	3	3	Minta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar nilai 1 point untuk setiap obyek yang disebutkan
5	Bahasa	9	9	Memberi nama (naming) Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (missal jam tangan atau pensil), beri point 1 untuk masing-masing jawaban yang benar (skor =2) ➤ Jam tangan ➤ Pensil Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih

				dahulu, misalnya : “namun”, “tetapi”, “bila”, Atau kata yang lebih sulit lagi : “taka dan jika, dan, atau, tetapi “ Hanya 1 kali mencoba. Jika benar beri 1 point jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan. Perintah 3 tahap (3 stage comment) Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembat kertas kosong, minta klien untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta klien untuk menaruhnya di lantai. Nilai 1 point untuk masing-masing perintah yang di lakukan dengan benar ➤ Ambil kertas di tangan anda ➤ Lipat dua ➤ Taruh di lantai Membaca (reading) Dalam selembat kertas kosong tulis kalimat : “Pejamkan mata anda” Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) Menulis (writing) Berikan selembat kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar
--	--	--	--	---

				beri nilai 1 point Menyalin (copy) Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya sersinggungan, jika benar beri nilai 1 point : 
	Nilai Total		30	

Interpretasi MMSE

- Nilai 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif/Normal
- Nilai 18-23 : Gangguan kognitif Sedang
- Nilai 0-17 : Gangguan kognitif Berat

Interpretasi Hasil : Ny. A mendapatkan skor 30 dengan keterangan bahwa Ny. A tidak ada gangguan kognitif.

B. Analisa Data

Tabel 3. 6 Analisis Data

No	Data Fokus	Penyebab	Masalah
1	DS: 1) Mengeluh nyeri DO: 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif	Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler Pembuluh darah ↓	Nyeri Akut (D.0077)

	(mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur	Perubahan struktur ↓ Penyumbatan Pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi otak ↓ Resistensi pembuluh darah otak meningkat ↓ Nyeri akut	
2	DS: 1) Mengeluh sulit tidur 2) Mengeluh sering terjaga 3) Mengeluh tidak puas tidur 4) Mengeluh pola tidur berubah 5) Mengeluh istirahat tidak cukup DO: -	Hipertensi ↓ Kerusakan vascular pembuluh darah Perubahan structural ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi Otak ↓ Resistensi	Gangguan pola tidur (D.0054)

		pembuluh darah otak ↓ Nyeri kepala ↓ Gangguan pola tidur	
3	DS: 1) Menanyakan masalah yang dihadapi DO: 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Hipertensi ↓ Perubahan status Kesehatan ↓ Paparan informasi kurang ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan (D.0111)

C. Diagnosa Keperawatan

a) Nyeri Akut b.d Agen pencendera fisiologis ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengeluh nyeri kepala
- 2) Klien mengatakan nyeri dirasakan saat terlalu banyak melakukan aktivitas dan berkurang ketika klien beristirahat
- 3) Nyeri seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul
- 4) Skala nyeri 6 (0-10)

DO:

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Klien sering memegang kepalanya
- 3) Klien tampak gelisah
- 4) TTV:

TD: 180/100 mmHg

N: 89x/menit

S: 36,7 °C

Spo2: 97%

RR: 22x/menit

- b) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

DS:

- 1) Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari
- 2) Klien mengeluh tidak puas tidur

DO:

- 1) Klien tampak lemah
- 2) Mata tampak sayup dan tampak hitam pada area bawah mata
- 3) Klien tidur kurang dari 4-5 jam

- c) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

DS:

- 1) Klien mengatakan kurang mengetahui mengenai yang dideritanya

DO:

- 1) Klien tampak bingung
- 2) Klien tampak bertanya
- 3) Klien tidak mengetahui penyebab, cara mencegah, dan mengobatinya

D. Intervensi Keperawatan

Nama : Ny. A

Umur : 61 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Diagnosa medis : Hipertensi

Tabel 3. 7
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
		Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut b.d dengan Agen pencendera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 30 menit, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066) a. Keluhan nyeri menurun (5) b. Meringis menurun (5) c. Sikap protektif menurun (5) d. Gelisah menurun (5) e. Tekanan darah membaik (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : a. Berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing)

			b. Fasilitasi istirahat tidur c. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi : a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 30 menit, diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : Pola Tidur (L.05045) a. Keluhan sulit tidur menurun (5) b. Keluhan sering terjaga menurun (5) c. Keluhan tidak puas tidur menurun (5) d. Keluhan pola tidur berubah menurun (5) e. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)	Dukungan Tidur (I. 05174) Observasi : a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik : a. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan empat tidur) b. Batasi waktu tidur siang, jika perlu c. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) Edukasi : a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit b. Anjurkan menepati kebiasaan tidur c. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non-farmakologis lainnya
3	Defisit pengetahuan tentang manajemen hipertensi b.d kurang	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 30 menit, diharapkan tingkat pengetahuan klien	Edukasi Kesehatan (I.12383) a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

	terpapar informasi (D.0111)	meningkat dengan kriteria hasil : Tingkat Pengetahuan (L.12111) - Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat (1) - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)	b. 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 strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	-----------------------------	---	---

E. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Ny. A

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 61 th

Diagnosa Medis : Hipertensi

Tabel 3.8
Implementasi dan Evaluasi

Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
25 April	Nyeri Akut	Manajemen Nyeri (I.08238)	Pukul 10.45 WIB	Silvi

2025	(D.0077)	Observasi 09.30 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri Respon : Terdapat pada kepala, nyeri seperti di tusuk-tusuk, hilang timbul 09.35 WIB 2. Mengidentifikasi skala nyeri Respon : Skala nyeri klien 6 (0-10) 09.38 WIB 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon : bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat beristirahat Terapeutik 09.41 WIB 4. Memberikan terapi non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Respon : Klien mampu melakukan tarik nafas dalam Edukasi 09.43 WIB 5. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri Respon : Klien kooperatif	S : a. Keluhan nyeri O : a. Meringsi b. Sikap protektif c. Gelisah d. Tekanan darah membaik A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri No. 1,2,3,4	Aminarti
------	----------	---	--	----------

25 April 2025	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 09.45 WIB 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Respon : Sulit tidur, frekuensi tidur malam 4-5 jam 10.48 WIB 2. Mengidentifikasi factor yang mengganggu tidur Respon : Karena sakit kepala yang dirasa Treapeutik 09.50 WIB 3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur Respon : Klien jarang mengkonsumsi kopi 09.53 WIB 4. Menganjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan Respon : Mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu sebelum tidur 09.56 WIB 5. Menganjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan Respon : Mengatur posisi nyaman	Pukul 10.45 WIB S : a. Keluhan sulit tidur b. Keluhan sering terjaga c. Keluhan pola tidur d. Keluhan istirahat tidak cukup e. Keluhan tidak puas tidur O : Kemampuan beraktivitas cukup meningkat A : Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Dukungan Tiidur No 1,2,4,7	Silvi Aminarti
------------------	------------------------------------	--	--	-------------------

		ketikan akan tidur Edukasi 09.59 WIB 6. Menganjurkan klien untuk menepati kebiasaan tidur Respon : Klien kooperatif untuk untuk membiasakan tidur malam dengan cukup yaitu 8 jam 10.02 WIB 7. Menganjurkan pada klien pentingnya tidur cukup selama sakit Respon : Klien kooperatif		
25 April 2025	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Edukasi Kesehatan (1.12383) Observasi 10.04 WIB 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon : Klien siap dan mampu untuk meneriam informasi Terapeutik 10. 07 WIB 2. Menyediakan materi dan Pendidikan kesehatan tentang materi hipertensi Respon : Klien tampak membaca media yang telah disajikan 10.09 WIB 3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan	Pukul 10.45 WIBF S: a. Perilaku sesuai anjuran b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi c. Persepsi yang keliru terhadap masalah O : a. Perilaku sesuai anjuran cukup b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi c. Persepsi yang keliru terhadap masalah A :	Silvi Aminarti

		sesuai kesepakatan Respon : Penkes dilakukan sesuai jadwal yang ditentukan 10.14 WIB 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon : Klien bertanya tentang materi yang disampaikan 10.20 WIB 5. Menjelaskan factor yang dapat mempengaruhi Kesehatan Respon : Klien kooperatif 10.25 WIB 6. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Respon : Klien kooperatif	a. Masalah keperawatan defisit pengetahuan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi Edukasi Kesehatan No 5,6	
--	--	--	---	--

F. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 9 Catatan perkembangan 1

Tanggal/jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
26 April 2025 Pukul 09.00 WIB	Nyeri Akut (D.0077)	S: O: a. Meringingis cukup menurun (4) b. Sikap protektif cukup menurun (4) c. Gelisah cukup menurun (3) A : Nyeri akut dengan skala 4 (0-10) P : Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri A : a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri Respon : Klien mengatakan nyeri kepala sampai kebagian tengkuk, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri dirasa saat banyak banyak aktivitas b. Mengidentifikasi skala nyeri Respon : Skala nyeri 5 (0-10) c. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon : Nyeri bertambah saat aktivitas dan berkurang saat beristirahat d. Memberikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan	Silvi Aminarti

		cara teknik relaksasi nafas dalam Respon : Pasien kooperatif E : Masalah belum teratasi - Keluhan nyeri sedang (3) - Meringis cukup menurun (4) - Sikap protektif cukup menurun (4) - Gelisah cukup menurun (4) - Tekanan darah sedang (3)	
26 April 2025 Pukul 09.30 WIB	Gangguan pola tidur (D.0055)	S: - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sering terjaga - Mengeluh tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah - Mengeluh istirahat tidak cukup O: - Kemampuan beraktivitas A: Gangguan Pola Tidur P: Lanjutkan intervensi Dukungan Tidur - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Respon : Tidur sudah bertambah, frekuensi tidur malam 5-6 jam - Mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur Respon : Karena sakit kepala yang dirasakan - Menganjurkan pada klien untuk menepati kebiasaan tidur Respon : Klien kooperatif untuk membiasakan menepati kebiasaan tidur	Silvi Aminarti

		d. Menganjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan Respon : Mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat klien ingin tidur E : Masalah teratasi sebagian a. Keluhan sulit tidur cukup menurun (4) b. Keluhan sering terjaga cukup menurun (4)\ c. Keluhan pola tidur berubah cukup menurun (4) d. Keluhan istirahat tidak cukup, cukup menurun (4) e. Kemampuan beraktivitas cukup meningkat (4)	
26 April 2025 Pukul 09.45 WIB	Defisit Pengetahuan (D.0111)	S : a. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi O : a. Perilaku sesuai anjuran b. Persepsi yang keliru terhadap masalah A : Defisit Pengetahuan P : Lanjutkan inrtervensi Edukasi Kesehatan No 5, 6 I : a. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat denga senam hipertensi Respon : Klien kooperatif dan mampu melakukan senam dengan baik E : Masalah teratasi sebgaian	

		a. Perilaku sesuai anjuran cukup meningkat (4) b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi cukup meningkat (2) c. Persepsi yang keliru terhadap masalah cukup meningkat (2)	
--	--	---	--

Tabel 3. 8 Catatan perkembangan 2

Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
27 April 2025 Pukul 09.00 WIB	Nyeri Akut (D.0077)	S: a. Mengeluh nyeri O: a. Meringis b. Sikap protekti c. Gelisah cukup d. Tekanan darah A: Nyeri akut skala 3 (0-10) P: a. Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri No 2,4 I : a. Mengidentifikasi skala nyeri Respon : Skala nyeri 4 (0-10) b. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara teknik relaksasi nafas dalam Respon : Pasien kooperatif, pasien latihan teknik relaksasi dengan kooperatif E : Masalah teratasi sebagian a. Keluhan nyeri cukup menurun (4) b. Meringis menurun (5) c. Sikap protektif menurun (5) d. Gelisah cukup menurun e. Tekanan darah cukup membaik (4)	Silvi Aminarti
27 April	Gangguan	S :	Silvi

2025 Pukul 09.35 WIB	pola tidur (D.0055)	a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh tidak puas tidur d. Mengeluh pola tidur berubah e. Mengeluh istirahat tidak cukup O : a. Kemampuan beraktivitas A : Gangguan pola tidur P: Lanjutkan intervensi dukungan tidur No 1,2,4,7 I : a. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Respon : Tidur sudah bertambah, frekuensi tidur malam 6-7 jam b. Mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur Respon : Karena nyeri kepala c. Menganjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan Respon : Mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat klien ingin tidur d. Menganjurkan klien untuk menepati kebiasaan tidur Respon : Klien kooperatif untuk membiasakan tidur malam dengan cukup yaitu 8 jam E : Masalah teratasi sebagian a. Keluhan sulit tidur cukup menurun (4) b. Keluhan sering terjaga cukup menurun (4) c. Keluhan tidak puas tidur cukup menurun (4) d. Keluhan pola tidur cukup menurun (4) e. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (4)	Aminarti
-------------------------------------	--------------------------------	---	-----------------

27 April 2025 Pukul 10.05 WIB	Defisit Pengetahuan (D.0111)	S : Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi O : a. Perilaku sesuai ajuran b. Persepsi yang keliru terhadap masalah A: Defisit pengetahuan P: Lanjutkan intervensi Edukasi Kesehatan No 5,6 I : a. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan senam hipertensi Respon : Klien kooperatif E : Masalah teratasi a. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat (1) c. Persepsi yang keliru terhadap masalah meningkat (1)	Silvi Aminarti
---	------------------------------------	--	-------------------

Tabel 3. 9 Catatan Perkembangan 3

Tanggal/Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
28 April 2025 10.00 WIB	Nyeri Akut (D.0077)	S : a. Mengeluh nyeri O : a. Meringis b. Gelisah A: Nyeri akut dengan skala 2 (0-10) P: Lanjutkan Intervensi Manajemen Nyeri No.4	Silvi Aminarti

		I : a. Memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara teknik relaksasi nafas dalam Respon : Pasien kooperatif E : Masalah teratasi sebagian a. Keluhan nyeri cukup menurun (4) b. Meringis cukup menurun (4) c. Sikap protektif menurun (5) d. Gelisah cukup mneurun (4) e. Tekanan darah membaik (5)	
28 April 10.20 WIB	Gangguan pola tidur (D.0055)	S : a. Mengeluh sering terjaga b. Mengeluh tidak puas tidur c. Mengeluh istirahat tidak cukup O : a. Kemampuan beraktivitas A : Gangguan pola tidur P: Lanjutkan intervensi Dukungan Tidur No 1,2,4,7 I : a. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur Respon : Tidur sudah bertambah Respon : Tidur sudah bertambah, 6-7 jam b. Mengajukan pada klien untuk memodifikasi lingkungan Respon : Mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat klien ingin tidur c. Mengajukan klien untuk menepati kebiasaan tidur	Silvi Aminarti

		Respon : Klien kooperatif untuk membiasakan tidur malam dengan cukup yaitu 8 jam E : Masalah teratasi sebagian - Keluhan sulit tidur menurun (5) - Keluhan sering terjaga cukup menurun (4) - Keluhan tidak puas tidur cukup menurun (4) - Keluhan pola tidur mnurun (5) - Keluhan istirahat tidak cukup menurun (4)	
--	--	---	--

G. Pembahasan

Pada bagian ini penulis akan membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan selama lima hari melaksanakan Asuhan Keperawatan Gerontik dengan gangguan sistem kardiovaskuler : Hipertensi pada Ny. A dengan Katz Indeks A di kampung Genteng RT 03 RW 12 Desa Jati Kec Tarogong Kaler di wilayah kerja UPT Puskesmas Tarogong Garut, dengan menganalisa tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Perbandingan ini akan menyoroti kesenjangan antara teori dan praktik, dengan focus pada beberapa aspek penting dalam asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan.

Selama melakukan pengkajian sampai evaluasi didapatkan hasil yang nyata sesuai dengan gejala-gejala yang ditimbulkan atau yang dapat dilihat dari klien. Dimana dalam penggunaan konsep Asuhan Keperawatan

dapat membantu dalam melakukan praktek keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah dan sistematis. Proses ini meliputi tahap pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, hingga evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pada tahapan pengkajian penulis melakukan anamnesa baik pada klien maupun pada keluarga klien, mengenai identitas klien, identitas penanggung jawab, faktor predisposisi, serta melakukan pemeriksaan fisik dan pada saat melakukan Pengkajian tidak ada hambatan, klien dapat menjawab meskipun dalam menjawab klien perlu bantuan keluarganya, untuk masalah keperawatan tidak semua sama seperti teori yang ada pada bab II karena pada menentukan masalah keperawatan harus sesuai dengan keluhan yang dirasakan pasien, didapatkan dari pasien, dengan melakukan pemeriksaan fisik dan melakukan observasi secara langsung pada klien.

Menurut (Sustrani dan Alam, 2014) Gejala hipertensi yaitu, sakit kepala, jantung Berdebar-debar, sulit bernapas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat mudah Lelah, penglihatan kabur, wajah memerah, hidung berdarah, sering buang air kecil, terutama di malam hari telinga berdering (Tinnitus), dunia terasa berputar (vertigo)

Berdasarkan hasil Pengkajian di lapangan ditemukan pada Ny. A ditemukan tanda dan gejala yaitu nyeri kepala, klien mengatakan nyeri

dirasakan saat banyak melakukan aktivitas dan berkurang ketika klien beristirahat, klien tampak meringis, klien merasa gelisah, klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, klien tampak lemah, klien tidak mengetahui tentang kondisi penyakitnya.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Dalam tunjauan teoritis, diagnosa keperawatan yang muncul pada klien hipertensi menurut Tim Pokja SDKI, DPP PPNI 2017 adalah :

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- c. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- e. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
- f. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis
- g. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan
- h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Tetapi setelah dilakukan tahapan pengkajian selama 4 hari pada Ny.

A berdasarkan Analisa data yang diperoleh terdapat beberapa masalah keperawatan yaitu :

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

3. Tahap Perencanaan

Pada tahap ini penulis mendapatkan partisipasi dengan pasien dan keluarga, hal ini bisa memberikan pengetahuan tentang cara mengatasi masalah yang ada pada pasien diantaranya, nyeri akut, gangguan pola tidur, dan defisit pengetahuan.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Hipertensi adalah identifikasi lokasi, Karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperkuat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
- b. Gangguan pola tidur b.d adanya nyeri kepala adalah identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor yang mengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, seperti teh atau kopi, identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, anjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, jika perlu, anjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan, jelaskan pada klien pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan klien untuk

menepati kebiasaan tidur, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi adalah 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 resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Tahap Implementasi

- a. Pada nyeri akut berhubungan dengan Hipertensi pada Ny. A tindakan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- b. Pada gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur pada Ny. A yaitu mengidentifikasi pola aktivitas tidur, mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur, mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, menganjurkan pada klien untuk memodifikasi lingkungan, menganjurkan klien untuk

meningkatkan kenyamanan, menjelaskan pada klien pentingnya tidur selama masa sakit, menganjurkan klien untuk menepati kebiasaan tidur.

- c. Pada defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi pada Ny. A yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat .

5. Tahap Evaluasi

Tahapan ini merupakan untuk menilai sejauh mana hasil yang telah tercapai selama melakukan asuhan keperawatan, apabila dilihat dari kriteria waktu yang ditetapkan dalam tujuan, telah tercapai sebagian di antaranya klien telah mengetahui banyak mengenai apa itu hipertensi. Klien melakukan evaluasi pada tanggal 25-29 April 2025 dengan hasil diagnosa pertama yaitu nyeri akut teratasi sebagian. Diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan pola tidur yaitu dengan menciptakan lingkungan yang nyaman. Diagnosa keperawatan yang ke tiga yaitu defisit pengetahuan alhamdulillah untuk diagnose yang ketiga tercapai klien, dan keluarga klien mengetahui apa itu Hipertensi, tanda dan gejala hipertensi dan keluarga Klien juga mengetahui diit Hipertensi.

6. Tahap Dokumentasi

Pada tahap dokumentasi ini, penulis melaksanakan pendokumentasian dan pemberian asuhan keperawatan pada Ny. A. Penulis mendokumentasikannya dari mulai tahap pengkajian sampai tahap evaluasi beserta catatan perkembangan yang dilaksanakan secara langsung pada Ny. A. Penulis menemukan berbagai hambatan, mulai dari tahap penulisan asuhan keperawatan sampai akhirnya penulis mendapatkan persetujuan dari pembimbing untuk diajukan ke tahap sidang. Namun, setiap tahapnya penulis melalui sesuai dengan mengikuti bimbingan dan terus berupaya seoptimal mungkin untuk memperbaiki setiap kekurangan yang penulis buat dalam tahap pendokumentasian.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan yang mencakup tahap Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi serta hasil keperawatan pada Ny. A dengan Hipertensi maka di kesimpulan sebagai berikut:

1. Tahap Pengkajian

Penulis berhasil melakukan pengkajian secara menyeluruh terhadap kondisi klien dan lingkungannya. Dalam proses ini, ditemukan bahwa klien memiliki beberapa faktor risiko yang berkontribusi terhadap terjadinya Hipertensi.

2. Tahap Diagnosa

Adapun data yang terkumpul, penulis menemukan masalah keperawatan pada Ny. A yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur dan defisit pengetahuan.

3. Tahap Perencanaan

Pada tahap ini, penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. A dengan Hipertensi sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada hasil pengkajian dan disesuaikan dengan kondisi klien, kemampuan perawat dan fasilitas yang tersedia. Perencanaan ditunjukkan untuk mengatasi rasa nyeri akut, gangguan pola tidur dan defisit pengetahuan.

4. Tahap Implementasi

Tindakan keperawatan difokuskan kepada perencanaan yang telah ditetapkan dan penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan serta klien partisipasi dalam melaksanakan setiap tindakan keperawatan.

5. Tahap Evaluasi

Tahapan ini merupakan untuk menilai sejauh mana hasil yang telah tercapai selama melakukan asuhan keperawatan, apabila dilihat dari kriteria waktu yang ditetapkan dalam tujuan, telah tercapai sebagian diantaranya klien telah mengetahui banyak mengenai apa yaitu hipertensi. Penulis mampu mengevaluasi ketiga masalah yang ditemukan pada klien. Masalah yang berhasil diatasi meliputi nyeri akut, gangguan pola tidur, dan kurangnya pengetahuan.

6. Tahap Dokumentasi

Penulis dapat menyusun dokumentasi keperawatan secara lengkap, mulai dari tahap pengkajian hingga tahap evaluasi yang telah dilaksanakan.

A. Rekomendasi

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan kepada Ny. A secara terstruktur dan menyeluruh, penulis menyampaikan beberapa saran yang bersifat konstruktif untuk perbaikan ke depan baik bagi pihak-pihak terkait. Adapun saran tersebut ditujukan kepada :

1. Untuk puskesmas Tarogong

Disarankan agar meningkatkan pelayanan kesehatan, serta memperkuat kolaborasi antara perawat dengan seluruh pihak yang terlibat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, khususnya untuk lansia yang mengalami hipertensi di wilayah kerja puskesmas. Upaya yang dapat dilakukan misalnya dengan menyediakan layanan pemeriksaan tekanan darah secara gratis, memberikan edukasi kesehatan mengenai pengelolaan hipertensi tanpa obat (non-farmakologi), serta menyelenggarakan kegiatan senam kesehatan secara rutin untuk lansia penderita hipertensi. Diharapkan, hal ini akan memperkuat hubungan kerja sama dengan keluarga klien dalam mendukung proses pemulihan.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi Pendidikan dapat turut ambil bagian dalam menurunkan angka kesakitan pada lansia, terutama penderita hipertensi, melalui program-program yang berkelanjutan. Kegiatan tersebut dapat berupa pemeriksaan kesehatan rutin untuk lansia, penyuluhan dan Pendidikan kesehatan yang melibatkan mahasiswa sebagai bentuk pengabdian masyarakat, guna meningkatkan pemahaman lansia terhadap penyakitnya. Selain itu, institusi juga dapat mengadakan kegiatan senam rutin yang ditujukan khusus bagi lansia dengan hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Angshera, R., Rahmawati, F., Yulia Fitri, E. Y., Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, & Universitas Sriwijaya. (2020). Dukungan keluarga pra lansia yang menderita hipertensi di Kelurahan Indralaya Mulya [The support of middle age families who suffering from hypertension in Indralaya Mulya Sub-District]. Dalam Seminar Nasional Keperawatan: Pemenuhan Kebutuhan Dasar dalam Perawatan Paliatif pada Era Normal Baru.
- Dinarti, Y. M. (2017). Dokumen keperawatan: Bahan ajar keperawatan. Indo.Kemkes.BPPSDM.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2023). Profil kesehatan Kabupaten Garut tahun 2023. Dinkes Garut.
- Fuad, M., Program Studi Ilmu Kesehatan, Magister Kesehatan. (2022). Terapi non farmakologi pada hipertensi. Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS), 6(1). <http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/jukmas>
- Hadi, W. A., & Lukas, S. (2024). Seroja Husada. Seroja Husada Jurnal Kesehatan Masyarakat, 1(5), 372–383. <https://doi.org/10.572349/verba.v2i1.363>
- Harrison, D. G., Coffman, T. M., & Wilcox, C. S. (2021). Pathophysiology of hypertension: The mosaic theory and beyond. Circulation Research, 128(7), 847–863. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.318082>
- Iqbal, M. F., & Handayani, S. (2022). Terapi non farmakologi pada hipertensi. Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS), 6(1), 41–51. <https://doi.org/10.52643/jukmas.v6i1.2113>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil utama riset kesehatan dasar (Riskesdas). Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hipertensi penyakit paling banyak diidap masyarakat. <http://www.kemkes.go.id>
- Misyati, & Asmaruddin. (2019). Hubungan obesitas, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi garam berlebihan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Taman Sari Kota Pangkalpinang tahun 2019. Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat, 3(1), 1–7. <http://jurnalabdinusababel.ac.id/index.php/jurnal/article/view/18/15>
- Nurarif, H., & Kusuma. (2015). Hipertensi: Aplikasi jilid 1. Mediacion.

- Syamsuddin. (2023). Pengaturan hidup dan peran lansia dalam keluarga. *Sosio Konsepsia*, 11. <https://doi.org/10.33007/ska.v11i3.3090>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar diagnosis keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar luaran keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI. (2021). Standar prosedur operasional keperawatan. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tri Gesela Arum, Y., Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, & Korespondensi, A. Timur. (2019). Hipertensi pada penduduk usia produktif (15–64 tahun). *HIGEIA Journal of Public Health Research and Development*. <https://doi.org/10.15294/higeia/v3i3/30235>

Lampiran 1 Satua Acara Penyuluhan (SAP) Hipertensi

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
HIPERTENSI**

Pokok Bahasan	: Penyakit Hipertensi
Sasaran	: Ny. A dan keluarga
Hari/tanggal	: 27 April 2026
Waktu	: 30 menit
Tempat	: Rumah Ny. A
Penyuluh	: Silvi Aminarti

A. Tujuan Penyuluhan/Kegiatan

1. Tujuan umum

Setelah mengikuti penyuluhan ini, diharapkan keluarga Ny. A dapat mengerti dan memahami tentang Penyakit Hipertensi.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan ini, diharapkan keluarga dan Ny. A mampu mengetahui tentang :

- a. Pengertian hipertensi
- b. Tanda dan gejala hipertensi
- c. Penyebab hipertensi
- d. Faktor yang mempermudah terjadinya hipertensi

- e. Pencegahan hipertensi
- f. Komplikasi hipertensi
- g. Pengobatan hipertensi

B. Materi Penyuluhan

Terlampir

C. Metode Penyuluhan

Metode yang digunakan dalam promosi kesehatan ini :

- 1. Ceramah
- 2. Diskusi

D. Media Penyuluhan

Media yang digunakan dalam promosi kesehatan ini antara lain :

- 1. Leaflet

E. Proses Penyuluhan / Kegiatan

No	Tahapan	Kegiatan		Waktu
		Penyuluhan	Peserta	
1	Pembukaan	a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan d. Menjelaskan kontrak waktu	a. Menjawab salam b. Memperhatikan dan mendengarkan dengan seksama c. Menyetujui kontrak waktu yang disepakati	5 menit
2	Penyajian	a. Menjelaskan definisi hipertensi b. Menjelaskan penyebab hipertensi c. Menjelaskan tanda dan gejala hipertensi d. Menjelaskan	a. Mendengarkan dan memperhatikan penyuluhan b. Menanyakan hal-hal yang kurang jelas c. Menjawab	10 menit

		penatalaksanaan hipertensi e. Menjelaskan diit hipertensi f. Menjelaskan komplikasi dari hipertensi g. Menjelaskan cara pencegahan dan penanganan hipertensi	pertanyaan	
3	Penutup	a. Memberikan kesempatan bertanya kepada peserta b. Menyimpulkan materi c. Mengulas materi dengan memberikan pertanyaan d. Mengucapkan salam dan penutup	a. Memperhatikan dengan seksama b. Menjawab pertanyaan c. Menjawab salam	5 menit

F. Evaluasi

1. Mampu menjelaskan apa itu hipertensi
2. Mampu menjelaskan penyebab hipertensi
3. Mampu menjelaskan tanda dan gejala hipertensi
4. Mampu menjelaskan penatalaksanaan hipertensi
5. Mampu menjelaskan diit hipertensi
6. Mampu menjelaskan komplikasi hipertensi

LAMPIRAN MATERI

HIPERTENSI

A. Pengertian

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri, jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal (Musakkar & Djafar, 2021).

Menurut Price (dalam Nurarif A.H.& Kusuma H, 2016), Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolic sedikitnya 90 mmHg.

B. Penyebab

Menurut Ardiansyah M. (2012), penyebab hipertensi dibedakan menjadi dua kategori utama :

1. Hipertensi Primer (Esensial)

Hipertensi primer merupakan jenis hipertensi yang penyebab pastinya tidak diketahui, mencakup sekitar 90% dari seluruh kasus. Beberapa faktor yang diduga berperan dalam perkembangan hipertensi esensial meliputi :

a. Faktor genetic

Orang yang memiliki riwayat keluarga penderita hipertensi cenderung memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami kondisi serupa.

b. Jenis kelamin dan usia

Laki-laki berusia 35-50 tahun serta wanita yang sudah mengalami menopause memiliki kemungkinan lebih besar menderita hipertensi.

c. Pola makan tinggi garam dan lemak

Asupan garam atau makanan tinggi lemak yang berlebihan berhubungan langsung dengan peningkatan risiko terjadinya hipertensi.

d. Berat badan berlebih (obesitas)

Kelebihan berat badan sebesar 25% atau lebih dari berat badan ideal sering dikaitkan dengan peningkatan tekanan darah.

e. Gaya hidup tidak sehat seperti merokok dan konsumsi alcohol

Kebiasaan merokok serta minum minuman beralkohol dapat memicu terjadinya hipertensi.

2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang terjadi akibat penyebab yang jelas dan dapat diidentifikasi. Beberapa kondisi yang dapat menyebabkan hipertensi sekunder antara lain :

a. Koarktasio aorta

Merupakan penyempitan kongenital pada aorta, yang bisa terjadi di beberapa bagian aorta toraks atau abdominal. Penyempitan ini menghambat aliran darah dan menyebabkan peningkatan tekanan darah di atas area yang menyempit.

b. Gangguan pada ginjal, baik jaringan parenkim maupun pembuluh darahnya

Hipertensi renovaskular disebabkan oleh penyempitan satu atau lebih arteri besar yang mengalirkan darah ke ginjal, sehingga memicu peningkatan tekanan darah.

c. Penggunaan kontrasepsi hormonal (estrogen)

Pil kontrasepsi yang mengandung estrogen dapat memicu hipertensi melalui mekanisme peningkatan volume darah yang dimediasi oleh sistem renin-aldosteron.

d. Gangguan endokrin

Kelainan fungsi kelenjar adrenal, baik medula maupun korteks adrenal, dapat berkontribusi pada timbulnya hipertensi sekunder.

e. Obesitas dan kurangnya aktivitas fisik

Kelebihan berat badan yang disertai dengan kurang olahraga meningkatkan risiko tekanan darah tinggi.

f. Stres

Kondisi stres dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah secara sementara.

g. Kehamilan

Tekanan darah dapat meningkat selama kehamilan, dikenal dengan istilah hipertensi gestasional.

h. Luka bakar

Kerusakan jaringan luas akibat luka bakar dapat memicu kenaikan tekanan darah.

i. Peningkatan tekanan pembuluh darah (vaskuler)

Peningkatan tekanan dalam pembuluh darah dapat mempengaruhi tekanan darah secara umum.

j. Kebiasaan merokok

Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan katekolamin yang menyebabkan peningkatan tekanan darah.

C. Tanda dan Gejala

Secara umum, gejala yang muncul pada penderita hipertensi meliputi:

1. Sakit kepala.
2. Nyeri pada bagian leher hingga ke bahu.
3. Mual.
4. Telinga terasa berdenging.
5. Detak jantung tidak beraturan.
6. Mudah lelah.
7. Rasa nyeri di dada.
8. Kesulitan bernapas.
9. Gangguan tidur.

D. Penatalaksanaan

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013), tujuan penatalaksanaan hipertensi adalah untuk mengurangi risiko terjadinya penyakit kardiovaskular. Terdapat dua pendekatan utama dalam pengobatan hipertensi:

1. Penatalaksanaan Non Farmakologis
 - a. Pola Makan Seimbang

Diet yang dianjurkan mencakup konsumsi buah-buahan dan sayuran yang kaya kalium untuk membantu menurunkan tekanan darah. Asupan natrium dibatasi hingga 1,5 gram per hari atau setara dengan 3,5-4 gram garam sehari.

b. Menurunkan Berat Badan Berlebih

Penurunan berat badan berkontribusi dalam menurunkan tekanan darah dengan cara mengurangi beban kerja jantung dan volume darah yang dipompa.

c. Aktivitas Fisik

Olahraga rutin seperti berjalan, berlari, berenang, atau bersepeda sangat membantu menurunkan tekanan darah dan memperbaiki fungsi jantung. Disarankan melakukan olahraga selama 30 menit, 3-4 kali dalam seminggu.

d. Perubahan Gaya Hidup Tidak Sehat

Menghentikan kebiasaan merokok serta menghindari konsumsi minuman beralkohol.

e. Pengobatan Tradisional

Terapi non-farmakologis juga bisa menggunakan tanaman herbal seperti mentimun, daun seledri, dan air rebusan daun sirsak (Kosanke, 2019). Oleh karena itu, pemanfaatan tanaman obat tradisional dapat menjadi langkah preventif untuk menekan jumlah penderita hipertensi

2. Penatalaksanaan Farmakologis

Pengobatan dengan obat-obatan antihipertensi bertujuan menjaga tekanan darah tetap terkendali dan mencegah timbulnya komplikasi. Beberapa jenis obat yang umum digunakan antara lain:

a. Diuretika

Obat yang meningkatkan produksi urin dan pengeluaran garam (NaCl) dari tubuh. Contoh obat golongan ini yaitu Spironolactone, HTC, Chlortalidone, dan Indopamide.

b. Beta-blocker

Bekerja dengan menurunkan denyut jantung dan kekuatan kontraksi jantung sehingga menurunkan beban kerja jantung. Obat yang termasuk beta-blocker di antaranya Propranolol, Atenolol, dan Pindolol.

c. Penghambat ACE dan ARB

Baik ACE Inhibitor (ACEI) maupun Angiotensin Receptor Blocker (ARB) bekerja dengan melebarkan pembuluh darah sehingga mengurangi beban jantung. Contoh obat dari golongan ini adalah Captopril, Enalapril.

d. Calcium Channel Blocker (CCB)

Obat ini menghambat masuknya kalsium ke dalam sel-sel pembuluh darah arteri, menyebabkan pelebaran arteri koroner dan perifer. Contohnya Nifedipine Long Acting dan Amlodipine.

e. Golongan Antihipertensi Lain

Obat-obatan penyekat reseptor alfa perifer dan vasodilator yang bekerja secara sentral. Penggunaan obat jenis ini pada usia lanjut sangat terbatas. Contoh obatnya adalah Prazosin dan Terazosin.

E. Pencegahan

Menurut KEMENKES RI, Risiko untuk mengidap hipertensi dapat dikurangi dengan:

- a. Mengurangi konsumsi garam (jangan melebihi 1 sendok teh per hari)
- b. Melakukan aktivitas fisik teratur (seperti jalan kaki 3 km/ olahraga 30 menit/hari minimal 5x/minggu)
- c. Tidak merokok dan menghindari asap rokok
- d. Diet dengan Gizi Seimbang
- e. Mempertahankan berat badan ideal
- f. Menghindari minum alkohol
- g. Bagi yang sudah sakit
- h. Berobat secara teratur.
- i. Jangan menghentikan, mengubah dan menambah dosis dan jenis obat tanpa petunjuk dokter.

F. Diet

Tabel makanan dan minuman yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi penderita hipertensi

No	Jenis Makanan	Dianjurkan	Tidak Dianjurkan
1	Karbohidrat	Beras, kentang, singkong, gula, macaroni, mie, bihun, roti, biskuit, kue kering yang dimasak tanpa garam dapur, baking powder dan soda	Roti, biskuit dan kue-kue yang dimasak dengan garam dapur dan atau baking powder dan soda
2	Protein hewani	Telur maksimal 1 butir/hari, daging sapi, ayam dan ikan maksimal 100 gram/hari (2 potong kecil)	Daging, ikan, susu, dan telur yang diolah dengan garam dapur contohnya: dendeng, daging asap, abon, keju, ikan asin, ikan kaleng, kornet, udang kering, telur asin
3	Protein nabati	Tempe, tahu, kacang tanah, kacang kedele, kacang merah, dan kacang-kacangan lain yang dimasak tanpa garam dapur, baking powder dan soda	Selai kacang, keju, kacang tanah, dan semua kacang-kacangan yang dimasak dengan garam dapur dan baking soda
4	Lemak	Minyak goreng, mentega dan margarin tanpa garam	Margarin dan mentega biasa
5	Sayuran	Semua sayuran segar dan sayuran yang diawetkan tanpa garam dapur dan natrium benzoate (paria, labu siam, seledri, bawang merah, bawang putih)	Sayur dalam kaleng, sawi, asin-asinan dan acar
6	Buah-buahan	Semua buah-buahan segar dan buah-buahan yang diawetkan tanpa garam dapur dan natrium	Buah dalam kaleng, asinan buah dan manisan buah

		benzoate (contohnya: alpukat, melon, semangka dll)	
7	Minuman	Air putih 8 gelas/hari	Minuman kaleng, kopi, the, alkohol
8	Bumbu	Semua bumbu yang mengandung garam dapur	Garam dapur (untuk hipertensi berat) contohnya; baking powder, soda kue, vetcin, kecap, terasi, bumbu kaldu dll

Sumber: @p2ptmkemenkesRI

G. Komplikasi

Menurut Ardiansyah, M. (2021), beberapa komplikasi akibat hipertensi meliputi:

1. Stroke

Stroke dapat terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak atau karena adanya embolus yang berasal dari pembuluh darah di luar otak. Pada penderita hipertensi kronis, arteri yang menyuplai darah ke otak mengalami penebalan dan hipertrofi, sehingga aliran darah ke area otak tertentu menjadi berkurang, yang berpotensi menimbulkan stroke.

2. Infark Miokard

Infark miokard terjadi ketika pembuluh arteri koroner mengalami penyempitan karena arteriosklerosis, sehingga pasokan oksigen ke otot jantung (miokardium) tidak mencukupi. Jika terbentuk trombus yang menyumbat aliran darah di arteri tersebut, kondisi menjadi semakin parah. Pada hipertensi kronis, hipertrofi ventrikel menyebabkan kebutuhan oksigen jantung meningkat, namun pasokan oksigen tidak mampu

memenuhinya, sehingga timbul iskemia yang berujung pada infark miokard.

3. Gagal Ginjal

Kerusakan ginjal terjadi akibat tekanan darah yang tinggi pada kapiler glomerulus. Kerusakan glomerulus menyebabkan aliran darah ke unit fungsional ginjal (nefron) terganggu, sehingga terjadi hipoksia dan akhirnya kematian sel. Akibat kerusakan ini, protein ikut keluar melalui urin, menyebabkan penurunan tekanan osmotik koloid plasma yang akhirnya menimbulkan edema pada penderita hipertensi kronis.

4. Ensefalopati

Ensefalopati atau kerusakan otak dapat terjadi pada hipertensi maligna, yaitu kondisi peningkatan tekanan darah secara cepat dan drastis. Tekanan tinggi tersebut menyebabkan peningkatan tekanan kapiler, yang mendorong cairan masuk ke ruang interstisial di sistem saraf pusat. Hal ini mengakibatkan gangguan pada neuron-neuron di sekitarnya, yang bisa berujung pada koma bahkan kematian.

DAFTAR PUSTAKA

Ardiansyah, M. 2012. Medikal Bedah. Yogyakarta: DIVA Press.

Hasdianah & Suprpto. 2016. Patologi & Patofisiologi Penyakit.

Yogyakarta: Nuhamedika

Musakkar & Dfajar. 2021. Promosi Kesehatan; Penyebab Terjadinya Hipertensi.

CV. Pena Persada.

Lampiran 2 Leaflet



HIPERTENSI



STIKES KARSA
HUSADA GARUT
D3 - KEPERAWATAN

Apa Itu Hipertensi?

Hipertensi atau darah Tinggi adalah tekanan Darah > 120/80 mmHg

Penyebab Hipertensi

- Berat badan berlebih
- Kurang aktivitas fisik
- Makanan
- Alkohol
- Stress
- Rokok



Gejala - Gejala Hipertensi


Sakit Kepala


Mata kabur


Jantung berdebar


Mual muntah


Sesak Nafas

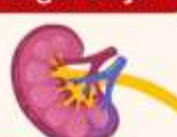

Mudah lelah

Akibat Hipertensi Tidak Dipantau

Penyakit Stroke



Gagal Ginjal



Penyakit Jantung



ATASI MASALAH SEBELUM BERTAMBAH PARAH

Tips Mengontrol Hipertensi

ketahui tekanan darah anda tekanan darah normal 120/80 mmHg

tekanan darah tinggi sering tanpa gejala

pastikan ketersediaan obat dirumah

minum obat teratur dan sesuai anjuran dokter

kontrol tekanan darah anda secara teratur

tekanan darah yang tidak terkontrol akan menimbulkan komplikasi

obat penting untuk menjaga tekanan darah anda

ketahui efek samping obat yang anda minum

berhati-hati dalam menggunakan obat bebas

Cegah Hipertensi dengan "CERDIK"

Cek kesehatan secara rutin



Enyahkan asap rokok



Rajin aktivitas fisik



Diet seimbang



Istirahat cukup



Kelola stress



*Lampiran 3 Dokumentasi***DOKUMENTASI**

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Silvi Aminarti
 NIM : KHGA22041
 Pembimbing : Rudy Alfiansyah, S.Kep.,Ners. M.Pd

No	Tanggal	Materi	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1		Bab 1	- Perbaiki cover - Perbaiki latar belakang - Perbaiki sistematika penulisan Lanjut Bab II		
2		Bab 1 Bab II	- Perbaiki penyusunan latar belakang - Perbaiki sistematika penulisan Lanjut Bab II		
3		Bab I Bab II Bab III	- Rangkum materi - Perbaiki tabel - Perbaiki konsep asuhan keperawatan - Perbaiki sistematika penulisan Lanjut Bab III		
4		Bab I Bab II	Sudah selesai\ - Perbaiki tabel - Perbaiki konsep asuhan keperawatan - Perbaiki sistematika penulisan - Telaah lagi diagnose keperawatan		
5		Bab I Bab II Bab III	Sudah selesai Sudah selesai - Perbaiki Intervensi dan Implementasi - Perbaiki tabel dan sistematika penulisan - Perbaiki pembahasan Lanjut Bab IV		
6		Bab I	Sudah selesai		

		Bab II Bab II	Sudah selesai Catatan perkembangan harus SOAP - Perbaiki pembahsan - Perbaiki kesimpulan - Perbaiki pembahasan		
7		Bab III	- Perbaiki daftar Pustaka		
8			Lengkapi Bab III dan Bab IV Acc sidang		

Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



a. Identitas Pribadi

Nama : Silvi Aminarti
 NIM : KHGA22041
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 20 Maret 2003
 Agama : Islam
 Alamat : Kp. Pasirlangu RT 04 RW 01 Desa Pasirlangu
 Kecamatan Pakenjeng

b. Riwayat Pendidikan

SDN Pasirlangu 1
 SMPN 1 Pakenjeng
 SMKN 1 Garut
 STIKes Karsa Husada Garut