

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA
TN. A KATZ INDEKS A DENGAN NYERI AKIBAT
HIPERTENSI MELALUI INTERVENSI TERAPI
AKUPRESUR DI SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA
KABUPATEN GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Program
Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut

SITI BAROKAH FAUZIAH ZAM'AN, S.Kep

KHGD24007



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI PROFESI NERS ANGKATAN XIV

2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
PADA TN. A *KATZ INDEKS* A DENGAN NYERI AKIBAT
HIPERTENSI MELALUI INTERVENSI TERAPI
AKUPRESUR DI SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA
KABUPATEN GARUT**

NAMA : SITI BAROKAH FAUZIAH ZAM'AN

NIM : KHGD24007

Garut, September 2025

Menyetujui,

Pembimbing



Tantri Puspita S.kep.,Ns.,MNS

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
PADA TN. A *KATZ INDEKS* A DENGAN NYERI AKIBAT
HIPERTENSI MELALUI INTERVENSI TERAPI
AKUPRESUR DI SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA
KABUPATEN GARUT
NAMA : SITI BAROKAH FAUZIAH ZAM'AN
NIM : KHGD24007

Garut, September 2025

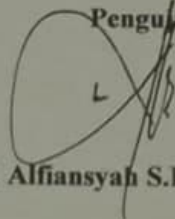
Menyetujui

Penguji I



Sri Yekti Widadi, M. Kep

Penguji II



Rudi Alfiansyah S.Kep., Ns., M.Pd

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi

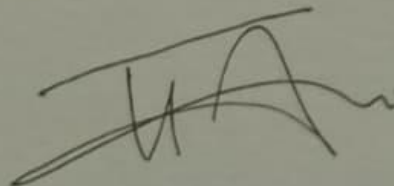
Ners



Sri Yekti W, M.Kep

Mengesahkan

Pembimbing



Tantri Puspita S.kep.,Ns.,MNS

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar Akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan STIKes Karsa Husada Garut maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini murni gagasan, rumusan dan analisis saya tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, September 2025

Pembuat Pernyataan

Siti Barokah Fauziah Zam'an

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. A KATZ INDEKS A DENGAN NYERI AKIBAT HIPERTENSI MELALUI INTERVENSI TERAPI AKUPRESUR DI SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA KABUPATEN GARUT

Siti Barokah Fauziah Zam'an

ABSTRAK

Latar Belakang: Lansia sering mengalami hipertensi akibat perubahan sistem kardiovaskuler, dengan keluhan yang sering dirasakan adalah nyeri kepala. Nyeri kepala merupakan yang sering dirasakan oleh penderita hipertensi, disebabkan karena kerusakan pembuluh darah akibat hipertensi pada seluruh pembuluh darah perifer. Intervensi nonfarmakologi sebagai terapi pendukung nyeri antara akupresur lain yang menyebabkan terjadinya pelepasan endorfin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri. **Tujuan:** Menganalisis asuhan keperawatan gerontik dengan *katz indeks a* pada tn.a dengan nyeri akut akibat hipertensi dengan pemberian terapi akupresur di satuan pelayanan griya lansia Garut. **Metode:** Metode yang digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan gerontik melalui pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan. Sehingga didapati data dan hasil pengkajian pada klien dapat ditegakkan tiga diagnosa, yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur dan risiko jatuh. **Hasil:** Hasil pengelolaan kasus pada klien dengan masalah nyeri akut, gangguan pola tidur dan risiko jatuh, semua masalah teratasi. Pemberian terapi akupresur terbukti efektif dan sangat membantu penulis dalam menyelesaikan masalah nyeri.

Kata Kunci: Akupresur, Lansia, Nyeri

ANALYSIS OF GERONTIC NURSING CARE FOR MR. A KATZ INDEX A WITH PAIN DUE TO HYPERTENSION THROUGH ACUPRESSURE THERAPY INTERVENTION AT THE GARUT REGENCY ELDERLY CARE FACILITY

Siti Barokah Fauziah Zam'an

ABSTRACT

Background: Elderly individuals often experience hypertension due to changes in the cardiovascular system, with the most common complaint being headaches. Headache is a common symptom experienced by individuals with hypertension, caused by damage to the blood vessels resulting from hypertension that affects all peripheral blood vessels. Non-pharmacological interventions, such as acupressure, can serve as supportive therapy for pain by stimulating the release of endorphins, which help block the transmission of pain stimuli. **Objective:** Analyzing of gerontic nursing care for Mr. A katz index a with pain due to hypertension through acupressure therapy intervention at the garut regency elderly care facility. **Method:** The method used in providing nursing care in this study was descriptive in the form of a case study to explore gerontological nursing care issues through assessment, diagnosis, planning, action, and evaluation. The data and results of the assessment on the client led to three diagnoses: chronic pain, sleep pattern disturbance, and risk of falling. **Results:** The results of case management for client with acute pain, sleep pattern disturbance, and risk of falling showed that all problems were resolved. The provision of acupressure therapy proved to be effective and greatly assisted the author in resolving pain issues

Keywords: Acupressure, Old, Pain

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala Rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul **“ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. A KATZ INDEKS A DENGAN NYERI AKIBAT HIPERTENSI MELALUI INTERVENSI TERAPI AKUPRESUR DI SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA KABUPATEN GARUT”**. Karya ilmiah akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Profesi Ners di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa-mahasiswa 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 ilmiah akhir ini, diantaranya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, M.Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
3. Ibu Sri Yekti Widadi, M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut
4. Ibu Tantri Puspita S.kep.,Ns.,MNS 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 ilmiah akhir ini.

5. Sri Yekti Widadi, M.Kep dan Rudi Alfiyansyah S.Kep., Ns., M.HKes selaku penguji 1 dan 2 yang telah memberikan bimbingan, saran, dan arahan selama masa sidang.
6. Seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini dan mendidik penulis selama 5 tahun di STIKes Karsa Husada Garut.
7. Petugas Satpel Griya Lansia Garut yang telah membantu dan memberikan dukungan selama melakukan intervensi kepada klien.
8. Tn. A yang telah bersedia diberikan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini. Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Aamiin.

Garut, September 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Penulisan.....	5
1.3.1. Tujuan Umum	5
1.3.2. Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat Penulisan.....	6
1.4.1. Manfaat Bagi 6	
1.4.2. Manfaat Bagi Griya Lansia	6
1.5. Metode Penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1. Konsep Dasar Lansia.....	9
2.1.1. Definisi.....	9
2.1.2. Batasan Usia Lansia	9
2.1.3. Perubahan-perubahan Yang Terjadinya Pada Lansia	10
2.1.4. Masalah Kesehatan Pada Lansia	13
2.2. Konsep Penyakit	15
2.2.1. Pengertian Hipertensi	15

2.2.2.	Klasifikasi	14
2.2.3.	Etiologi Hipertensi	16
2.2.4.	Manifestasi Klinis	19
2.2.5.	Patofisiologi	21
2.2.6.	Pathway Hipertensi	25
2.2.7.	Komplikasi	26
2.2.8.	Penatalaksanaan	27
2.3.	Konsep Nyeri	34
2.3.1.	Definisi.....	34
2.3.2.	Klasifikasi Nyeri	34
2.3.3.	Skala Nyeri Numerik.....	36
2.4.	Konsep Asuhan Keperawatan	38
2.4.1.	Pengkajian.....	38
2.4.2.	Analisa Data	52
2.4.3.	Diagnosis Keperawatan.....	56
2.4.4.	Intervensi Keperawatan.....	57
2.4.5.	Implementasi Keperawatan.....	64
2.4.6.	Evaluasi Keperawatan.....	64
2.5.	Konsep	66
2.5.1.	Pengertian Akupresur.....	65
2.5.2.	Manfaat Akupresur.....	66
2.5.3.	Indikasi Terapi Akupresur.....	67
2.5.4.	Kontraindikasi Terapi Akupresur.....	68
2.5.5.		70
BAB III	TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	76
3.1.	Tinjauan Kasus.....	76
3.1.1.	Pengkajian.....	76
3.1.2.	Analisa Data	97
3.1.3.	Diagnosis Keperawatan.....	99
3.1.4.	Intervensi Keperawatan.....	101
3.1.5.	Implementasi Keperawatan.....	103
3.2.	Pembahasan.....	116

3.2.1. Pengkajian.....	116
3.2.2. Diagnosis.....	117
3.2.3. Intervensi.....	122
3.2.4. Implementasi	123
3.2.5. Evaluasi	125
3.2.6. Dokumentasi	127
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	128
4.1. Kesimpulan	128
4.2. Saran.....	129

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi	16
Tabel 2. 2 Komposisi Nutrisi Berdasarkan Rekomendasi DASH	29
Tabel 2. 3 Anjuran Perencanaan Makanan DASH	30
Tabel 2. 4 Tabel Pengkajian SPMSQ	46
Tabel 2. 5 Tabel Pengkajian MMSE	47
Tabel 2. 6 Tabel Pengkajian <i>Katz Indeks</i>	48
Tabel 2. 7 Tabel Pengkajian FR Test	50
Tabel 2. 8 Tabel Pengkajian TUG Test	50
Tabel 2. 9 Tabel Pengkajian GDS	51
Tabel 2. 10 Tabel Analisa Data	52
Tabel 2. 11 Tabel Intervensi Keperawatan	57
Tabel 2. 12 Tabel Analisis <i>Evidence Based Practice</i>	72
Tabel 3. 1 Tabel Nutrisi Metabolik	79
Tabel 3. 2 Tabel Pola eliminasi	80
Tabel 3. 4 Tabel Pengkajian SPMSQ	88
Tabel 3. 5 Tabel Pengkajian MMSE	89
Tabel 3. 6 Tabel Pengkajian <i>Katz Indeks</i>	93
Tabel 3. 7 Tabel Pengkajian FR Test	95
Tabel 3. 8 Tabel pengkajian TUG Test	96
Tabel 3. 9 Tabel Pengkajian GDS	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. Pathway Hipertensi Sumber : (Sari, 2020)	25
--	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia saat ini tengah mengalami proses penuaan penduduk (*ageing population*) yang ditandai dengan meningkatnya jumlah penduduk lanjut usia. Proporsi lansia di Indonesia mencapai 12% dari total penduduk, meningkat dari 9,6% pada tahun 2019. Dari jumlah tersebut, sekitar 8,65% merupakan lansia berusia 80 tahun ke atas, yang termasuk dalam kategori lansia tua (*old*). Peningkatan ini disebabkan oleh bertambahnya angka harapan hidup masyarakat Indonesia, yang kini mencapai 72,39 tahun (BPS, 2024).

Lansia usia 80 tahun ke atas menghadapi berbagai masalah kesehatan akibat proses penuaan alami yang menyebabkan penurunan fungsi organ tubuh, termasuk sistem kardiovaskuler. Salah satu penyakit yang paling banyak diderita pada kelompok ini adalah hipertensi, prevalensi hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia, di mana lebih dari 63% lansia di Indonesia menderita hipertensi. Kondisi ini diperburuk dengan faktor degeneratif seperti kekakuan pembuluh darah (*arteriosclerosis*), penurunan elastisitas arteri, serta perubahan hormon dan metabolisme tubuh (Kemenkes, 2023).

Berdasarkan data nasional, prevalensi kejadian hipertensi pada lansia di Indonesia mencapai 45,9% pada usia 55–64 tahun, 67,6% pada usia 65–74 tahun, dan 63,8% pada usia di atas 75 tahun (BPS, 2023). Sementara itu, di tingkat daerah,

Kabupaten Garut menempati peringkat keenam tertinggi di Provinsi Jawa Barat dengan prevalensi hipertensi pada lansia sebesar 58,5% (PKJB, 2024).

Hipertensi didefinisikan sebagai kondisi peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg (Kemenkes, 2023). Pada lansia usia 80 tahun ke atas, hipertensi sering bersifat sistolik terisolasi akibat penurunan elastisitas pembuluh darah, peningkatan resistensi perifer, dan perubahan fungsi ginjal. Perubahan fisiologis tersebut menyebabkan aliran darah ke organ vital menurun dan dapat menimbulkan berbagai keluhan, salah satunya nyeri kepala. Peningkatan tekanan darah yang berlebihan menyebabkan dilatasi pembuluh darah serebral, sehingga menstimulasi reseptor nyeri di sekitar pembuluh darah otak dan menimbulkan sensasi nyeri kepala (Na'imah, 2024).

Hipertensi tidak dapat disembuhkan, namun dapat dikontrol untuk mengatasi keluhan dan menurunkan tekanan darah. Dalam mengatasi keluhan yang diakibatkan oleh hipertensi diperlukan pengobatan dan penatalaksanaan yaitu dengan pengobatan farmakologis dan non-farmakologis. Pengobatan farmakologis merupakan pengobatan dengan menggunakan obat-obatan yang dapat membantu menurunkan serta menstabilkan tekanan darah seperti pemberian obat anti-hipertensi. Penanganan farmakologis dapat menimbulkan efek samping bagi tubuh seperti kerusakan ginjal, karena obat-obatan akan menimbulkan ketergantungan terhadap efek penghilang nyeri (santi,2023). Penangana non-farmakologis yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri adalah *TENS*, hipnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin (SIKI, 2018:201).

Penanganan non-farmakologis yang dapat dilakukan pada pasien nyeri kepala akibat hipertensi adalah terapi akupresur. Terapi akupresur merupakan salah satu terapi non farmakologis dapat mengurangi nyeri kepala pada pasien hipertensi dan dapat dimasukkan dalam rencana asuhan keperawatan untuk tatalaksana hipertensi (Haryani,2021). Akupresur salah satu metode untuk mengurangi nyeri kepala dengan meningkatkan kekuatan tubuh, melancarkan peredaran darah, dan menurunkan stress (Komariah, *et al.*, 2021).

Akupresur adalah terapi penekanan titik *acupuncture* menggunakan jari atau benda tumpul (Ratnasari, *et al.*, 2022). Kelebihan akupresur adalah risiko yang lebih rendah, kemudahan dalam pelaksanaan, serta manfaat dalam menghilangkan nyeri dan meningkatkan relaksasi. Akupresur dapat menurunkan nyeri dan tekanan darah pasien sehingga dapat digunakan untuk terapi pasien dengan hipertensi (Yudiama, *et al.*, 2021). Terapi ini berfokus pada aktivasi *acupoint* di titik meridian untuk menyeimbangkan energi dan Qi, sehingga dapat mengurangi rasa sakit. Pijat akupresur praktis dilakukan hanya dengan menggunakan jari tangan tanpa memerlukan alat tambahan (Cita & Jefry, 2022).

Akupresur memiliki kemampuan untuk menstimulasi pelepasan histamin, yang berperan dalam proses vasodilatasi pembuluh darah. Kedua manfaat ini dapat berkontribusi pada penurunan tekanan darah pada lansia (I kerti & Nuriyanto, 2024). Selain itu, teknik akupresur juga dikenal memiliki beberapa keunggulan, seperti risiko yang lebih rendah, kemudahan dalam pelaksanaan dan pembelajaran, serta manfaat dalam mengurangi nyeri dan memberikan relaksasi (Yudiama, *et al.*, 2021). Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya mengenai akupresur untuk

mengatasi nyeri kepala, terbukti bahwa terapi akupresur dilaksanakan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP). Setiap pasien menerima terapi sebanyak satu kali sehari selama tiga hari, dengan durasi antara 10-15mnt. Hasil penelitian memperlihatkan terapi pijat akupresur dapat menurunkan tekanan darah, serta terdapat perbedaan pada rerata skor nyeri antara sebelum dan sesudah pemberian akupresur diberikan (Haryanti, 2020).

Dari hasil penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian intervensi terapi akupresur dapat dilakukan pada masalah nyeri kepala akibat hipertensi. Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan adalah dengan melakukan intervensi keperawatan mandiri yang didasarkan pada hasil penelitian atau berdasarkan pembuktian (*evidence based practice*). Klien Tn.A adalah salah satu penerapan intervensi terapi akupresur untuk menurunkan nyeri akibat hipertensi yang dilakukan selama 3 kali pertemuan. Maka, penulis menyusun laporan tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan *Katz Indeks A* pada Tn.A dengan Nyeri Akut Akibat Hipertensi dengan Pemberian Terapi Akupresur Di Satuan Pelayanan Griya Lansia Garut”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang telah dijelaskan di atas, maka masalah dalam studi kasus ini adalah “Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan *Katz Indeks A* pada Tn.A dengan Nyeri Akut Akibat Hipertensi dengan Pemberian Terapi Akupresur Di Satuan Pelayanan Griya Lansia Garut”.

1.3. Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan Analisis Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan *Katz Indeks A* pada Tn.A dengan Nyeri Akut Akibat Hipertensi dengan Pemberian Terapi Akupresur Di Satuan Pelayanan Griya Lansia Garut.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mampu melaksanakan pengkajian pada Tn.A yang mengalami nyeri kepala akibat hipertensi.
2. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan pada Tn.A yang mengalami nyeri kepala akibat hipertensi.
3. Mampu menyusun perencanaan tindakan keperawatan pada Tn.A yang mengalami nyeri kepala akibat hipertensi.
4. Mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan pada Tn.A dengan pemberian terapi akupresur untuk menurunkan nyeri.
5. Mampu menganalisis evaluasi hasil tindakan asuhan keperawatan pemberian terapi akupresur pada Tn.A yang mengalami nyeri kepala akibat hipertensi.
6. Mampu melakukan dan menganalisis *Evidence-based Practice* terapi akupresur pada Tn.A dengan nyeri kepala akibat hipertensi.
7. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada Tn. A yang mengalami nyeri kepala akibat hipertensi.

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1. Manfaat Bagi Institusi

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan bisa menjadi referensi bagi pihak akademik dalam pengembangan keilmuan terutama pada proses pemberian asuhan keperawatan gerontik, sehingga bisa dijadikan sebagai intervensi baru dalam mengatasi masalah nyeri pada lansia penderita hipertensi.

1.4.2. Manfaat Bagi Griya Lansia

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat menjadi referensi tambahan bagi pemangku kebijakan setempat dalam hal ini Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat yang menaungi Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut, sehingga bisa dijadikan sebagai intervensi baru dalam mengatasi masalah nyeri pada lansia penderita hipertensi.

1.5. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan Tn.A yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut:

1. Wawancara

Data yang penulis dapatkan salah satunya dengan teknik wawancara yang dilakukan langsung pada klien dan keluarga klien.

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data melalui hasil pengamatan tentang kondisi pasien dalam rangka asuhan keperawatan. Metode pengambilan data yang menggunakan indra penglihatan untuk mengamati kondisi fisik dari lingkungan tempat tinggal klien dan memperoleh data yang objektif. Observasi dilakukan secara langsung sehubungan dengan masalah kesehatan yang menyimpannya.

3. Studi kepustakaan

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teori yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapatkan dengan fakta yang ada di lahan praktik, diperoleh kesenjangan, mencari penyebab dan pemecahan masalah.

4. Partisipasi aktif

Penulis langsung melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan nyeri akibat hipertensi serta melakukan tindakan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1. Konsep Dasar Lansia

1.1.1. Definisi

Setiap individu akan mengalami proses menua (*ageing process*) yang pada akhirnya akan memasuki tahap akhir dari proses kehidupan. Menilik pada batasan definisi, lanjut usia menurut Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Hal yang sama juga dikemukakan oleh World Health Organization (WHO), yang mengatakan bahwa lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih (Sukmawati *et al.*, 2024).

Lanjut usia merupakan seseorang yang memasuki usia diatas 60 tahun lebih, pada masa ini seorang individu mengalami banyak perubahan diantaranya perubahan fisik maupun psikisnya. Perubahan kesehatan fisiknya semakin terlihat akibat dari proses menua. Lanjut usia dapat ditandai dengan perubahan fisiknya antara lain rambut yang tipis dan memutih, gigi yang ompong, pendengaran menurun, penglihatan menurun dan kulit yang keriput atau kendur. Kekuatan dan ketangkasan fisik semakin berkurang, tulang-tulang menjadi rapuh, mudah patah, lambat untuk diperbaiki kembali, dan sistem kekebalan tubuh melemah sehingga lansia rentan terkena penyakit (Andari, 2024).

1.1.2. Batasan Usia Lansia

Menurut World Health Organization (WHO), batasan lanjut usia antara lain sebagai berikut (Wahyudi & Puspita, 2025):

1. Usia pertengahan (*middle age*) ialah 45-59 tahun
2. Lanjut Usia (*elderly*) ialah 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) ialah 75-90 tahun.
4. Usia sangat tua (*very old*) yaitu 90 tahun atau lebih.

Klasifikasi lansia berdasarkan kronologis usia, yaitu:

1. Young old : 65-74 tahun.
2. Middle old : 75-84 tahun.
3. Old-old : >85 tahun.

1.1.3. Perubahan-perubahan Yang Terjadinya Pada Lansia

Ada beberapa perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada lansia, meliputi (Widyanti, 2023):

a. Sistem indra

Perbikuis hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga terutama terhadap bunyi suara yang terdengar tidak jelas, kata-kata sulit dimengerti dan menurunnya fungsi penglihatan akibat degenerasi makula atau katarak

b. Sistem integumen

Kulit lansia menjadi kendur, kering, berkerut, kulit kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan timbul bercak. Kekeringan kulit disebabkan

atrofi glandula sebacea dan glandula sudorifera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

c. Sistem muskulokeletal

Perubahan sistem muskulokeletal pada lansia seperti massa otot mengalami penurunan yang dikenal dengan istilah sarcopenia yaitu berkurangnya jumlah dan kekuatan serat otot akibat proses penuaan, penurunan aktivitas fisik, serta perubahan metabolisme tubuh. Kondisi ini menyebabkan lansia menjadi lebih lemah, mudah lelah, dan memiliki risiko jatuh yang lebih tinggi. Selain itu, terjadi pula penurunan massa tulang (*osteoporosis*) yang disebabkan oleh berkurangnya kadar kalsium dan hormon, terutama estrogen pada wanita, sehingga tulang menjadi rapuh dan mudah mengalami fraktur. Perubahan lain yang umum terjadi adalah kekakuan pada sendi (*osteoarthritis*) akibat degenerasi tulang rawan sendi, yang mengakibatkan nyeri, keterbatasan gerak, serta deformitas sendi. Degenerasi pada tulang belakang juga menyebabkan perubahan postur tubuh berupa kifosis atau tubuh tampak membungkuk. Kombinasi dari perubahan-perubahan ini berdampak pada penurunan mobilitas dan kualitas hidup lansia usia 80 tahun ke atas.

d. Kardiovaskuler

Dinding pembuluh darah mengalami penebalan dan kehilangan elastisitas, sehingga pembuluh darah menjadi kaku dan tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan tekanan darah. Kondisi ini

menyebabkan peningkatan tekanan sistolik dengan tekanan diastolik yang relatif normal, yang dikenal sebagai hipertensi sistolik terisolasi, dan sering ditemukan pada lansia. Selain itu, terjadi penurunan kemampuan pompa jantung (cardiac output) akibat berkurangnya kontraktilitas otot jantung dan penurunan fungsi katup jantung. Akibatnya, lansia sering mengalami keluhan seperti mudah lelah, pusing, serta sesak napas saat beraktivitas ringan. Penurunan aliran darah ke otak juga merupakan konsekuensi dari perubahan tersebut, yang dapat menimbulkan nyeri kepala, gangguan konsentrasi, hingga penurunan fungsi kognitif.

1.1.4. Masalah Kesehatan Pada Lansia

Semakin bertambahnya usia tubuh menjadi semakin rentan mengalami gangguan kesehatan dikarenakan menurunnya fungsi-fungsi organ. Ada beberapa masalah kesehatan yang sering muncul pada lansia meliputi (Listyorini *et al.*, 2024):

1. Hipertensi (tekanan darah tinggi)

Hipertensi adalah kondisi dimana tekanan darah melebihi batas normal, sistolik seseorang lebih dari 140 mmHg atau darah diastoliknya lebih dari 90 mmHg.

2. Diabetes mellitus

Diabetes Melitus (DM) atau kencing manis merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan tingginya gula darah lebih dari 200 mg/dL

akibat kerusakan sel beta pankreas (pabrik yang memproduksi insulin).

3. Penyakit sendi (arthritis)

Arthritis merupakan penyakit Autoimun yang mengakibatkan kerusakan sendi dan kecacatan serta memerlukan pengobatan dan kontrol jangka panjang.

4. Stroke

Stroke adalah penyakit yang terjadi akibat suplai oksigen dan nutrisi ke otak terganggu atau berkurang karena pembuluh darah tersumbat atau pecah.

5. Penyakit paru-paru obstruktif kronis (PPOK)

Penyakit paru-paru obstruktif kronis adalah penyakit paru kronik (menahun) yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran nafas, semakin lama semakin memburuk dan tidak sepenuhnya dapat kembali normal.

6. Depresi

Depresi adalah gangguan suasana hati yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam, rasa tidak peduli dan perasaan tertekan yang berlebihan secara terus-menerus selama kurun waktu lebih dari 2 minggu.

1.2. Konsep Penyakit

1.2.1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah salah satu penyebab utama mortalitas dan morbiditas di Indonesia. Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik >140 mmHg dan tekanan diastolic >90 mmHg. Hipertensi merupakan keadaan dimana tekanan darah meningkat secara abnormal dan terus-menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan oleh beberapa faktor risiko yang tidak berjalan semestinya dalam mempertahankan tekanan darah normal (Sakti & Luhung, 2024).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah naik menjadi $>140/90$ mmHg karena gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Apriyanti, 2020). Hipertensi merupakan suatu kondisi kronis yang banyak dialami oleh Masyarakat baik di negara maju ataupun di negara berkembang dan sering dikenal sebagai “*the silent killer*”. Dikatakan hipertensi apabila tekanan darah sistol lebih tinggi atau sama dengan 140 mmHg dengan tekanan darah diastolik lebih tinggi atau sama dengan 90 mmHg dengan selang waktu pengukuran 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (Andika *et al.*, 2023).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah kondisi tekanan darah sistolik >140 mmHg dan atau tekanan darah

diastolik >90 mmHg yang disebabkan gangguan pada pembuluh darah sehingga suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh.

1.2.2. Klasifikasi Hipertensi

Untuk kategori tekanan darah menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah sebagai berikut (Kemenkes, 2022):

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Pra Hipertensi	130-139	85-89
Hipertensi Tahap I	140-159	90-99
Hipertensi Tahap II	160-179	100-109
Krisis Hipertensi	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	≤ 90

1.2.3. Etiologi Hipertensi

Hipertensi disebabkan oleh beberapa faktor risiko, yang terdiri dari faktor yang tidak dapat dikontrol. Faktor yang tidak terkontrol antara lain keturunan, jenis kelamin dan umur. Sedangkan faktor yang dapat dikontrol yaitu kegemukan, konsumsi garam berlebih, kurang olahraga, merokok dan konsumsi alkohol. (Kumalasari *et al.*, 2024).

1. Faktor resiko yang tidak dapat diubah

a. Riwayat keluarga

Faktor genetik yang memainkan peran penting dalam timbulnya penyakit ini. Mengetahui riwayat keluarga dapat membantu dalam pencegahan dan penanganan hipertensi secara dini.

b. Usia

Tekanan darah cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, terutama pada lanjut usia. Hal ini disebabkan oleh perubahan alami pembuluh darah yang menebal dan menjadi kaku. Namun, hipertensi tidak hanya terjadi pada lansia, anak-anak pun dapat mengalaminya. Meskipun usia adalah faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan, pemantauan rutin dan gaya hidup sehat tetap penting untuk mencegah komplikasi akibat hipertensi.

c. Jenis kelamin

Laki-laki cenderung mengalami hipertensi lebih banyak sebelum usia 55 tahun, sedangkan pada wanita, hipertensi lebih sering terjadi setelah usia 55 tahun atau masa *menopause*. Hal ini disebabkan oleh perubahan hormonal yang terjadi pada wanita setelah menopause, yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah. Meskipun jenis kelamin bukan faktor yang dapat dikendalikan, pemantauan rutin dan gaya hidup sehat tetap penting untuk mencegah komplikasi akibat hipertensi (Saimi & Sartika, 2024).

2. Faktor resiko hipertensi yang dapat diubah

a. Obesitas

Dalam hal ini orang dengan obesitas biasanya mengalami peningkatan kadar lemak dalam darah (*hiperlipidemia*) sehingga berpotensi menimbulkan penyempitan (*arteriosklerosis*). Penyempitan pembuluh darah tersebut memicu jantung untuk bekerja memompa darah lebih kuat hal ini yang menyebabkan tekanan darah meningkat.

b. Merokok

Pada umumnya rokok mengandung berbagai zat kimia berbahaya seperti nikotin dan karbon monoksida. Zat tersebut akan terhisap melalui rokok sehingga masuk ke aliran darah dan menyebabkan kerusakan lapisan endotel pembuluh darah arteri, serta mempercepat terjadinya aterosklerosis.

c. Konsumsi alkohol dan kafein berlebih

Hal tersebut diduga akibat adanya peningkatan kadar kortisol, peningkatan volume sel darah merah dan kekentalan darah yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Sementara itu kafein diketahui dapat membuat jantung berpacu lebih cepat sehingga mengalirkan darah lebih banyak setiap detiknya. Akan tetapi, dalam hal ini kafein memiliki reaksi yang berbeda pada setiap orang.

d. Konsumsi garam berlebih

Hal tersebut dikarenakan garam (NaCl) mengandung natrium yang dapat menarik cairan di luar sel akan tidak dikeluarkan sehingga menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh. Hal ini yang membuat volume tekanan darah meningkat.

e. Stress

Kejadian hipertensi lebih besar terjadi pada individu yang memiliki kecenderungan stres emosional. Keadaan seperti tertekan, murung, dendam, takut dan rasa bersalah dapat merangsang timbulnya hormon adrenalin dan memicu jantung berdetak lebih kencang sehingga memicu peningkatan tekanan darah.

f. Keseimbangan hormonal

Antara estrogen dan progesteron dapat mempengaruhi tekanan darah. Dalam hal ini wanita memiliki hormon estrogen yang berfungsi mencegah terjadinya pengentalan darah dan menjaga dinding pembuluh darah. Jika terjadi ketidak seimbangan maka dapat memicu gangguan pada pembuluh darah. Gangguan tersebut berdampak pada peningkatan tekanan darah (Andika *et al.*, 2023).

g. Diabetes

Dapat meningkatkan tekanan darah melalui beberapa mekanisme, seperti penurunan elastisitas pembuluh darah, peningkatan volume cairan tubuh, serta gangguan dalam pengaturan insulin (Saimi & Sartika, 2024).

1.2.4. Manifestasi Klinis

Menurut Saimi & Sartika (2024), ada beberapa tanda dan gejala yang terjadi pada penderita hipertensi, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Sakit kepala

Sakit kepala merupakan gejala umum hipertensi, terutama pada tahap krisis dengan tekanan darah 180/120 mmHg atau lebih. Nyeri kepala yang tiba-tiba

harus segera diperiksa ke dokter, karena dapat menandakan adanya hipertensi.

2. Gangguan penglihatan

Gejala ini dapat terjadi secara mendadak atau perlahan. Salah satu kondisi yang dapat muncul adalah retinopati hipertensi, dimana peningkatan tekanan darah menyebabkan pembuluh darah mata pecah. Hal ini dapat mengakibatkan penurunan penglihatan yang tajam dan mendadak.

3. Mual dan muntah

Mual dan muntah saat menjadi gejala hipertensi, terutama akibat peningkatan tekanan di dalam kepala. Hal ini dapat terjadi karena perdarahan intrakranial, yang merupakan salah satu komplikasi berbahaya hipertensi. Orang dengan perdarahan otak sering mengeluhkan muntah mendadak seperti menyembur.

4. Nyeri dada

Penderita hipertensi dapat mengalami keluhan nyeri dada, yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah di jantung. Nyeri dada ini tanda awal serangan jantung, yang sering dipicu oleh tekanan darah tinggi. Penanganan cepat dan tepat dapat mencegah komplikasi serius, seperti infark miokard atau kematian mendadak.

5. Sesak napas

Sesak napas terjadi karena jantung mengalami pembesaran dan gagal memompa darah dengan efektif.

6. Perdarahan pada mata

Atau disebut juga perdarahan subkonjungtiva, sering ditemui pada individu dengan hipertensi atau diabetes. Meskipun kondisi tersebut tidak menyebabkan bercak darah secara langsung, hal ini dapat menjadi indikasi adanya kerusakan pada saraf mata akibat tekanan darah tinggi.

7. Epistaksis

Epistaksis pada hipertensi terjadi karena peningkatan tekanan darah yang membuat pembuluh darah di hidung mudah pecah dan berdarah. Jika mimisan disertai dengan gejala hipertensi lain, seperti sakit kepala, wajah memerah atau pusing maka hal ini merupakan keadaan darurat medis yang perlu segera ditangani.

1.2.5. Patofisiologi

Beberapa faktor pencetus timbulnya hipertensi diantaranya adalah merokok, kurang berolahraga, jenis kelamin, faktor genetik, usia dan kolesterol tinggi. Peningkatan tekanan darah sistole dan diastole disebabkan oleh dua faktor yang meningkat pada tahanan perifer total tubuh dan peningkatan output jantung dan curah jantung. Refleks baroreseptor yang terletak pada sinus karotis dan arkus karotis adalah reseptor yang menerima perubahan tekanan darah. Berbagai gangguan genetik dan risiko lingkungan menyebabkan gangguan neurohormonal, termasuk sistem saraf pusat dan sistem renin-angiotensin aldosteron pada penderita hipertensi (RAA) dalam (Lorentina et al., 2024).

Mekanisme terjadinya hipertensi Angiotensin I *converting enzyme* (ACE) mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II, yang kemudian mengubah hormon renin (dibuat oleh ginjal) menjadi angiotensin I. ACE di paru-paru

mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II, yang memainkan peran penting dalam mengontrol tekanan darah.

Perbedaan gender juga berperan, dimana pria lebih beresiko pada usia muda sedangkan Wanita setelah menopause. Obesitas juga memperburuk hipertensi dengan meningkatkan resistensi insulin dan aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron. Gaya hidup seperti konsumsi garam tinggi, alkohol, merokok, dan kurang aktivitas fisik juga memperbesar resiko. Akumulasi dari berbagai faktor risiko ini memperparah kondisi hipertensi yang mengarah pada komplikasi lebih lanjut pada pembuluh darah dan organ vital. Namun, kurangnya pengetahuan pasien tentang faktor-faktor risiko ini sering kali menyebabkan keterlambatan dalam pengelolaan yang tepat, mengakibatkan defisit pengetahuan terkait manajemen hipertensi dan pencegahannya.

Tekanan darah tinggi secara kronis merusak endotelium pembuluh darah, menyebabkan inflamasi dan proliferasi sel-sel polos yang mengarah pada hipertrofi dan fibrosis dinding pembuluh darah. Perubahan ini memicu penumpukan plak aterosklerotik yang dapat menyebabkan penyumbatan sebagian atau total pada pembuluh darah, mengurangi aliran darah ke jaringan. Pembatasan aliran darah ini meningkatkan risiko iskemia atau penurunan suplai darah yang menyebabkan kerusakan jaringan di berbagai organ. Kombinasi antara hipertensi kronis dan perubahan struktur pembuluh darah mempercepat terjadinya kerusakan iskemik yang mempengaruhi fungsi tubuh secara keseluruhan.

Selain itu, tekanan darah tinggi atau hipertensi memicu penyempitan pembuluh darah (vasokonstriksi) sebagai reaksi terhadap tekanan yang terus-

menerus tinggi. Penyempitan ini memperburuk masalah sirkulasi, sehingga mengurangi pasokan darah ke organ dan jaringan tubuh. Akibatnya, jaringan-jaringan tersebut kekurangan oksigen. Kekurangan oksigen ini menyebabkan kondisi hipoksia dan gangguan fungsi pada jaringan. Jika kekurangan oksigen terus berlanjut, tubuh bisa merespons dengan sesak napas (dispnea) dan napas cepat (takipnea) sebagai upaya untuk mendapatkan lebih banyak oksigen ke dalam darah. Dengan demikian, hipertensi tidak hanya merusak pembuluh darah, tetapi juga menghambat organ-organ penting mendapatkan oksigen yang cukup, yang pada akhirnya mengakibatkan perfusi jaringan yang tidak efektif.

Gangguan aliran darah ini juga berdampak besar pada otak. Penyempitan pembuluh darah (vasokonstriksi) di seluruh tubuh mempengaruhi pasokan darah ke berbagai organ, termasuk otak itu sendiri. Jika aliran darah berkurang karena pembuluh darah menyempit atau tersumbat, sirkulasi darah secara keseluruhan akan memburuk. Dengan sirkulasi yang terganggu, pasokan oksigen ke otak akan berkurang. Penurunan aliran darah ke otak (perfusi serebral) menyebabkan hipoksia otak, yaitu kondisi di mana sel-sel otak tidak mendapatkan oksigen yang cukup untuk bekerja optimal. Hipoksia dan kurangnya aliran darah ini meningkatkan risiko perfusi serebral yang tidak efektif, yang bisa berujung pada penurunan kesadaran. Lebih jauh lagi, gangguan ini tidak hanya membahayakan fungsi otak, tetapi juga dapat memicu masalah neurologis serius seperti stroke.

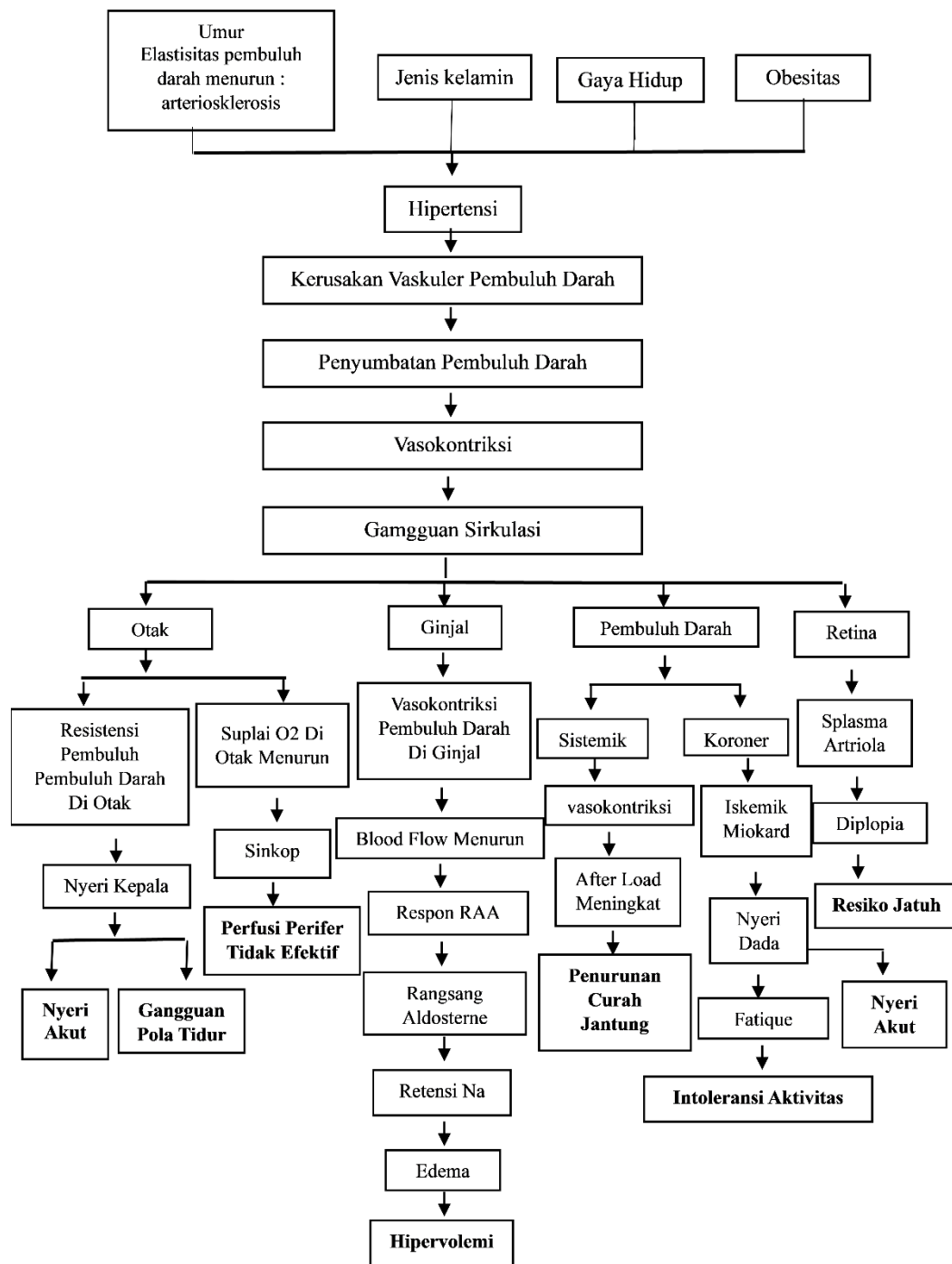
Hipertensi tidak hanya menyebabkan masalah pada aliran darah, tapi juga dapat meningkatkan resistensi pembuluh darah di otak, yang sering kali berujung pada nyeri akut dan gangguan tidur. Aliran darah yang berkurang dan tekanan

yang meningkat di dalam kepala bisa memicu iskemia atau bahkan stroke, yang mengakibatkan sakit kepala parah. Selain itu, masalah pada pembuluh darah otak juga bisa menyebabkan gangguan tidur seperti sleep apnea obstruktif. Kondisi ini mengganggu pola tidur, memicu insomnia, dan justru memperburuk rasa nyeri. Jika hipertensi tidak dikelola dengan baik, nyeri dan gangguan tidur ini bisa terus berlanjut, yang pada akhirnya menurunkan kualitas hidup dan berdampak buruk pada kesehatan secara keseluruhan.

Peningkatan afterload dan kerja jantung yang lebih keras akibat vasokonstriksi menyebabkan kelelahan atau fatigue karena jantung dan otot-otot tubuh membutuhkan lebih banyak energi untuk berfungsi. Akibatnya, stamina dan toleransi terhadap aktivitas fisik menurun. Penurunan aliran darah ke otot-otot juga menyebabkan kurangnya suplai oksigen yang dibutuhkan, sehingga aktivitas fisik yang sebelumnya bisa dilakukan dengan mudah menjadi lebih sulit dan melelahkan. Hal ini menciptakan siklus dimana hipertensi memperburuk fungsi jantung dan mengurangi kemampuan tubuh untuk beradaptasi terhadap tekanan yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan (Puspita, 2023).

1.2.6. Pathway Hipertensi

Gambar 2. Pathway Hipertensi Sumber : (Sari, 2020)



1.2.7. Komplikasi

1. Otak

Stroke adalah masalah yang paling umum terjadi pada pasien hipertensi. Stroke disebabkan oleh peningkatan tekanan intrakranial yang menyebabkan perdarahan di otak. Di bawah pengaruh tekanan darah tinggi, itu menyebabkan peningkatan kapiler dan memaksa cairan masuk melalui sistem saraf pusat ke ruang interstitium sehingga dapat mengganggu kerja dari sistem saraf pusat bahkan dapat menyebabkan kematian.

2. Kardiovaskular

Penyakit jantung koroner bisa terjadi ketika arteri koroner menjadi tebal dan tidak dapat menyediakan cukup oksigen ke otot jantung. Akibatnya, aliran darah melalui arteri ini terhambat dan kebutuhan oksigen di otot jantung tidak terpenuhi, yang berpotensi menyebabkan iskemia jantung dan infark miokard.

3. Gagal ginjal

Gagal ginjal yang disebabkan oleh tekanan kapiler ginjal yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan glomerulus yang progresif. Akibat kerusakan glomerulus, darah mengalir ke unit fungsional ginjal. Jadi, jika ini terus berlanjut fungsi nefron dapat terganggu, menyebabkan hipoksia dan bahkan kematian pada ginjal.

4. Retinopati

Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pada retina. Beratnya kerusakan yang ditimbulkan tergantung dari lamanya hipertensi dan keluhan. Retinopati hipertensi pada awalnya asimtomatik, tetapi pada akhirnya dapat menyebabkan kebutaan, (Saputra & Huda, 2023).

1.2.8. Penatalaksanaan

Tujuan tiap program penanganan bagi setiap pasien adalah mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah di bawah 140/90 mmHg. Juga setiap program ditentukan oleh derajat hipertensi, komplikasi dan kualitas hidup sehubungan dengan terapi (Ifadah *et al.*, 2024).

Penatalaksanaan hipertensi melibatkan pendekatan multi disiplin yang mencakup perubahan gaya hidup, pengobatan, dan pemantauan tekanan darah secara rutin. Berikut adalah langkah-langkah penatalaksanaan hipertensi menurut Kemenkes (2024):

1. Non farmakologis

a. Pola Makan Yang Sehat

Pola makan (Diet) sehat penting untuk mengendalikan hipertensi dan keadaan lain terkait PTM yaitu diabetes, obesitas, dan mencegah serangan jantung dan stroke. Komposisi diet sehat tergantung pada kebutuhan individual (misal usia, jenis kelamin, pola hidup, kadar aktivitas fisik), konteks budaya dan ketersediaan pangan lokal. Diet untuk mencegah dan untuk pasien hipertensi sering disebut sebagai DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), yang terdiri dari:

- 1) Makanan yang beragam (bervariasi) seperti berbagai buah, sayur, legum (kacang hijau, lentil) dan kacang-kacangan
- 2) Beras yang tidak disosoh berlebihan (highly refined), gandum utuh (whole wheat), kentang, cassava (ketela).
- 3) Makanan bersumber binatang (daging, ikan, telur, susu).
- 4) Sedikitnya 400 gram (4-5 porsi) sayur dan buah perhari : satu porsi setara dengan misal 1 buah jeruk, apel, mangga, pisang, atau 3 sendok teh sayuran yang dimasak
- 5) Asupan garam kurang dari 5 gram per hari (setara dengan sekitar 1 sendok teh) : termasuk garam yang ditambahkan selama masak atau makan, juga yang terkandung dalam makanan seperti makanan yang diproses dan roti.
- 6) Asupan energi harian total dari lemak kurang dari 30% :
 - a) Lemak jenuh ditemukan utamanya di produk hewan seperti daging, susu, butter, krim, keju. Dapat juga ditemukan pada minyak sawit dan kelapa. Mengonsumsi lemak jenuh dengan jumlah yang tidak sehat dapat berakibat pada peningkatan kadar kolesterol dan meningkatkan resiko jantung dan stroke.
 - b) Lemak tidak jenuh biasanya ditemukan pada makanan tanaman seperti biji-bijian, kacang-kacangan, sayur dan buah, juga pada ikan. Dapat berupa polyunsaturated (seperti pada biji Bunga matahari, kacang hijau, jagung dan minyak wijen) atau monounsaturated (misal minyak zaitun). Mengonsumsi lemak

tidak jenuh dan membantu dalam mengendalikan kadar lemak dan mengurangi resiko serangan jantung dan stroke.

- 7) Trans-fat (juga disebut minyak sayur yang hydrogenated atau hydrogenated parsial) adalah minyak sayur cair yang telah diproses hingga membuatnya solid yang mana membuatnya tidak sehat. Trans-fat sering terdapat pada makanan yang telah diproses, makanan cepat saji, pai, cookies, margarin dan selai.
- 8) Asupan energi harian total dari gula kurang dari 10% : gula bebas adalah yang ditambahkan pada makanan seperti kue, permen dan minuman (misal soda, jus buah, sayur, susu yang dimaniskan). Gula bebas juga secara alami terdapat pada madu, sirup, konsentrat jus buah.
 - a) Setara dengan 50 gram (atau sekitar 12 sendok teh) untuk orang dengan berat badan sehat
 - b) Untuk tambahan manfaat maka asupan energi total dari gula bebas dibawah 5%.

Tabel 2. 2 Komposisi Nutrisi Berdasarkan Rekomendasi DASH

Nutrien	DASH	Nutrien	DASH
Karbohidrat (%)	55	Serat (g)	30
Lemak (%)	27	Natrium (mg)	<2300
Protein (%)	18	Kalium (mg)	4700
Lemak Jenuh (%)	6	Kalsium (mg)	1250
Kolesterol (mg)	150	Magnesium (mg)	500

Catatan

Natrium 1500 mg diketahui dapat menurunkan tekanan darah lebih baik pada pasien dengan tekanan darah tinggi.

Tabel 2. 3 Anjuran Perencanaan Makanan DASH

Kelompok Makanan	Jumlah Porsi per hari	Ukuran 1 (satu) porsi
Beras, gandum atau produknya	6-7	½ cangkir nasi matang
Buah	4-5	1 buah ukuran sedang, 1 gelas jus buah, ½ mangkok kecil buah beku
Sayur	4-5	Sayuran matang
Makanan rendah lemak	2-3	1 cangkir susu
Daging tanpa lemak, ikan, unggas	<6	1 telur, 1 potong kecil daging
Kacang-kacang, biji-bijian.	4-5 per minggu	1/3 cangkir kacang tanah
Lemak dan minyak	Terbatas, 2-3 porsi	Sdt margarin lembut
Gula dan permen	< 5 kali/minggu	1 sdt gula, 1 sendok teh selai

Obesitas berkaitan dengan kejadian hipertensi dan sindrom metabolik lainnya. Pasien hipertensi direkomendasikan untuk menurunkan berat badan hingga mencapai berat badan ideal yaitu Indeks Massa Tubuh (IMT) 18,5-22,9 kg/m², serta lingkar pinggang <90 cm pada laki-laki dan <80 cm pada perempuan. IMT merupakan hasil pembagian antara berat badan (dalam kg) dibagi tinggi badan kuadrat (meter).

b. Aktivitas fisik dan latihan

Aktivitas fisik didefinisikan sebagai gerakan apapun yang diproduksi otot-otot skeletal (rangka) tubuh yang menggunakan energi. Aktivitas fisik meliputi gerakan tubuh dan aktivitas harian seperti bermain, bekerja, jalan kaki, melakukan kegiatan rumah, dan aktivitas rekreasional. Aktivitas fisik juga meliputi latihan (*exercise*), yaitu aktivitas fisik yang lebih direncanakan, terstruktur, dan berulang, dengan tujuan membugarkan fisik.

Manfaat dari aktivitas fisik adalah membantu mengurangi risiko hipertensi, serangan jantung, stroke, diabetes, berbagai tipe kanker (termasuk payudara dan kolon) dan depresi. Aktivitas fisik juga berperan pada kendali berat badan, diabetes, perbaikan tekanan darah dan kadar kolesterol dalam tubuh.

c. Berhenti merokok

Asap tembakau mengandung sedikit 250 bahan kimia yang berbahaya, 69 diantaranya diketahui menyebabkan kanker. Penggunaan tembakau dapat merusak seluruh organ tubuh dan satu faktor risiko utama untuk penyakit kardiovaskular.

d. Tidak konsumsi alkohol

Alkohol tingkat tinggi dan dalam jumlah besar secara teratur berhubungan dengan peningkatan risiko CVD (*Cardiovascular Disease*) karena

penggunaan alkohol dapat merusak otot jantung, meningkatkan risiko stroke, dan dapat menyebabkan aritmia jantung.

e. Istirahat cukup sesuai dengan kebutuhan : tidur 7-8 jam per hari pada orang dewasa.

f. Kelola stress

Relaksasi, berbicara dengan orang lain, rekreasi, aktivitas bersama keluarga, berbuat sesuai kemampuan dan minat, berfikir secara positif dan bijaksana, hidup tertib dan teratur, serta merencanakan masa depan sebaik-baiknya.

2. Terapi farmakologi

a. Diuretik

Obat ini digunakan untuk membantu ginjal mengeluarkan cairan dan garam yang berlebihan dari dalam tubuh melalui urine. Mekanisme kerja diuretic yaitu dengan cara meningkatkan volume urine sehingga garam dalam urine dapat dibuang beserta urinnnya karena kita ketahui bahwa garam dapat meningkatkan tekanan darah. Obat golongan diuretik tiazid contohnya bendroflumetazid, golongan diuretik kuat contohnya furosemide, golongan diuretik hemat kalium contohnya spironolakton.

b. Penyebab Penyekat reseptor beta adrenergic (β -blocker)

Digunakan untuk memperlambat detak jantung dan menurunkan kekuatan kontraksi jantung sehingga aliran darah yang terpompa lebih sedikit dan tekanan darah berkurang. Mekanisme kerja sebagai penurunan frekuensi

denyut jantung dan kontraktilitas miokard sehingga menurunkan curah jantung. Contoh obatnya bisoprolol, atenolol dan propranolol.

c. ACEI-Inhibitor Converting Enzyme Penghambat Angiotensin

ACEI merupakan penghambat enzim konversi angiotensin (ACEI), ACEI dianggap sebagai terapi lini kedua setelah diuretik pada kebanyakan pasien dengan hipertensi. ACEI menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II. Contoh obatnya captopril, benazepril dan hidroklorida.

d. Angiotensin II Receptor Blocker (ARB)

Angiotensin II Receptor Blocker merupakan salah satu obat anti hipertensi yang bekerja dengan cara menurunkan tekanan darah melalui sistem renin-angiotensin-aldosteron. Contoh obatnya losartan, candesartan dan valsartan.

e. Antagonis kalsium (CCB)

Antagonis kalsium yaitu bukanlah agen lini pertama tetapi merupakan obat anti hipertensi yang efektif, terutama pada ras kulit hitam CCB mempunyai indikasi khusus untuk yang berisiko tinggi penyakit koroner dan diabetes, tetapi sebagai obat tambahan atau pengganti. Contoh obatnya nifedipine, amlodipine, dan verapamil.

f. Alpha blocker

Alpha blocker merupakan (penghambat Adrenoceptor alpha-1) memblock adrenoceptor alpha-1 perifer, mengakibatkan efek vasodilatasi karena merelaksasi otot polos pembuluh darah. Diindikasikan untuk

hipertensi yang resisten. Dibedakan menjadi : Alpha blockers non selektif, contoh: fentolamina dan Alpha 1 blockers selektif, contoh: prazosin, terazosin. Doksazosin dll (Andika et al., 2023).

1.3. Konsep Nyeri

1.3.1. Definisi

International Association for Study of Pain (2020) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dan berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial dimana fenomena ini mencakup respon fisik, mental dan emosional. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional. yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri terjadi bersama dengan banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan (Hanafiah et al., 2023).

1.3.2. Klasifikasi Nyeri

Menurut Wayan, dkk (2023) nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempatnya, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

1. Nyeri berdasarkan tempatnya:
 - a. *Peripheral pain* yaitu nyeri terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.
 - b. *Deep Pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

- c. *Referred pain* yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ atau struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
- d. *Central pain* yaitu yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus, dan lain-lain.

2. Nyeri berdasarkan sifat

- a. *Incidental pain* yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- b. *Steady pain* yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
- c. *Paroxysmal pain* yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.

3. Nyeri berdasarkan berat ringannya

- a. Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas
- b. Nyeri kronis yaitu nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan dan biasanya diklasifikasikan sebagai nyeri kronis, baik sumber nyeri itu diketahui atau tidak, atau nyeri itu tidak bisa disembuhkan, nyeri menjadi lebih dalam sehingga sukar bagi penderita untuk menunjukan lokasinya.

1.3.3. Skala Nyeri Numerik

Skala yang paling efektif untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan Tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang lebih menggambarkan efek analgesik.

Gambar Skala Nyeri Numerik



Penilaian Nyeri yang dirasakan

0	Tidak ada rasa sakit, merasa normal.
1	Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) = Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu klien tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.
2	(tidak menyenangkan) = nyeri ringan, seperti cubitan ringan ringan pada kulit.
3	(bisa ditoleransi) = nyeri sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.

4	(menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.
5	(sangat menyedihkan) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir.
6	(intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya memengaruhi sebagian indra klien, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
7	(sangat intens) = Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra klien menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.
8	(benar-benar mengerikan) = Nyeri begitu kuat sehingga klien tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
9	(menyiksa tak tertahankan) = Nyeri begitu kuat sehingga klien tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau resiko nya.
10	(sakit tak terbayangkan dan tidak dapat diungkapkan) = Nyeri begitu kuat tidak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini. Karena sudah terburu pingsan seperti mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

1.4. Konsep Asuhan Keperawatan

1.4.1. Pengkajian

A. Pengkajian

1. Identitas

Meliputi nama, jenis kelamin, (pada lansia laki-laki lebih sering menderita), usia (seiring bertambahnya usia, tekanan darah kian meningkat disebabkan oleh penurunan fungsi organ), status perkawinan, alamat, agama, ras/suku bangsa (hipertensi lebih sering terjadi pada ras kulit hitam dari pada putih).

2. Riwayat Pekerjaan Dan Status Ekonomi

Meliputi pekerjaan saat ini, riwayat pekerjaan sebelumnya, sumber pendapatan dan kecukupan pendapatan, hal berkaitan dengan kemampuan individu untuk menjalani pengobatannya.

3. Lingkungan Tempat Tinggal

Meliputi kebersihan dan kerapihan ruangan, penerangan, kondisi sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pengelolaan sampah, adanya sumber pencemaran dan risiko injury.

4. Riwayat Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

Meliputi adanya keluhan utama dalam 1 bulan terakhir, bagaimana gejala yang dirasakan, apa saja faktor pencetusnya, bagaimana keluhan timbul, adakah upaya untuk mengatasi masalah kesehatan, mengkonsumsi obat tradisional, dll.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

Meliputi penyakit yang pernah diderita (jantung, hipertensi, asam urat, DM, dll), riwayat alergi (obat, makanan, minuman, debu, cuaca, dll), riwayat kecelakaan, riwayat pernah dirawat di rs, dan riwayat pemakaian obat.

c. Riwayat Kesehatan

1) Utama

Biasanya lansia dengan hipertensi sering mengeluhkan nyeri kepala.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang, pemeriksaan pada pasien dengan hipertensi pada umumnya didapat pasien mengeluh pusing, sakit kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat, sakit kepala terasa bila pasien melakukan aktivitas dan berkurang apabila diistirahatkan. Untuk setiap keluhan diperjelas dengan PQRST:

- a) *Paliatif* : Apa yang menjadi keluhan sehingga lebih berat atau lebih ringan.
- b) *Quality* : Bagaimana keluhan dirasakan, apakah seperti ditusuk-tusuk.
- c) *Region* : Di daerah mana keluhan dirasakan, apakah menyebar.

d) *Scale* : Intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.

e) *Time* : Kapan waktu saat terjadi keluhan

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Apabila pasien mempunyai masalah kesehatan seperti hipertensi, hiperproteinemia (peningkatan serum kolesterol, trigliserida, serum asam basa lemak), dan pasien biasanya mempunyai riwayat DM, Rheumatik, dan menggunakan obat-obat tertentu.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Tanyakan pada pasien apakah ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama: Hipertensi, DM, dll, yang disertai genogram.

5. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

a. Pemeliharaan Kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang malpraktek kesehatan.

b. Nutrisi Metabolik

Kaji tentang konsumsi makanan yang tinggi garam, makanan yang berminyak, makanan yang bertepung karena harus dihindari,

sayuran, protein dengan kandungan rendah lemak, buah-buahan yang harus dipenuhi, pada pasien hipertensi terkadang mengalami mual muntah.

c. Pola Eliminasi

Kaji pola BAB (frekuensi dan masalah), BAK (frekuensi, jumlah, warna), terkadang pada pasien dengan hipertensi mengalami oliguria (produksi urin sedikit).

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Kaji pola aktivitas sehari-hari pasien meliputi: mandi, berpakaian, eliminasi, mobilisasi, belanja, berjalan, masak, naik turun tangga, dan pemeliharaan rumah, apakah dapat melakukan dengan mandiri atau tidak, karena pada pasien dengan hipertensi terkadang mengalami/merasa lemas, pusing, kelelahan, kelemahan otot, dan penurunan kesadaran.

e. Pola Persepsi Kognitif

Kaji pola kognitif meliputi berbicara, bahasa, kemampuan bahasa, tingkat ansietas, dan kemampuan berinteraksi. Di dalamnya mengandung kemampuan daya ingat pasien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang atau benda yang lain). Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh

atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri, penciuman dll).

f. Pola Istirahat Tidur

Kaji pola tidur siang dan malam pasien, berapa lama waktu untuk tidur, apakah terdapat keluhan atau tidak.

g. Pola Konsep Diri

Kaji sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan meliputi konsep diri, ideal diri, harga diri, identitas diri, dan peran diri. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, asertif atau passive, isyarat *non verbal*, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup atau relaks.

h. Pola Peran Dan Hubungan

Kaji pola peran dan hubungan, menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien, pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang passive/agresif terhadap orang lain, masalah keuangan, dll.

i. Pola Reproduksi dan Seksual

Kaji pola reproduksi dan seksual menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas, dampak

sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hubungan seks, pemeriksaan genital, dll.

j. Pola Pertahanan Diri (Koping)

Kaji kemampuan untuk menangani stress dan penggunaan sistem pendukung. Penggunaan obat untuk menangani stress, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stress.

k. Pola Keyakinan dan Nilai

Kaji pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan pasien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Agama, kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit.

l. Pemeriksaan Status Mental dan Spiritual

Kaji bagaimana kondisi emosi/perasaan pasien, dan kaji kebutuhan spiritual, adakah masalah dan upaya untuk mengatasinya.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum: kaji kondisi umum pasien

b. Tingkat Kesadaran (GCS): kaji tingkat kesadaran pasien

c. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : Pada pasien hipertensi terjadi peningkatan tekanan darah >140/90 mmHg.

Nadi : Meningkat (80-100x/mnt)

Respirasi : Normal (16-24x/mnt)

Suhu : Normal (36,5-37.5°C)

d. Antropometri : Kaji berat badan dan tinggi badan pasien

e. Pemeriksaan Fisik Persistem

1) Sistem Pernapasan

Frekuensi pernapasan kemungkinan akan meningkat

2) Sistem Kardiovaskuler

Terjadi peningkatan tekanan darah dan peningkatan denyut nadi.

3) Sistem Integumen

Kulit tampak pucat, adanya nodule subkutan, terdapat lesi, edema, serta turgor kulit menurun, bisa terjadi akibat proses penuaan.

4) Sistem Perkemihan

Terjadi gangguan pada perkemihan yang menunjukkan inkontinensia urin meningkat, serta penurunan fungsi ginjal.

5) Sistem Musculoskeletal

Kaji kekuatan dan gangguan tonus otot, pada pasien dengan hipertensi didapat pasien merasa kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, kesemutan atau kebas.

6) Sistem Endokrin

Umumnya tidak terdapat gangguan, kecuali jika pasien memiliki penyakit penyerta selain hipertensi, seperti DM.

7) Sitem Gastrointestinal

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

8) Sistem Reproduksi

Umumnya tidak terdapat kelainan.

9) Sistem Panca Indra

Jika hipertensi terlalu lama bisa menyebabkan kerusakan pada retina sehingga terjadi gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, gangguan kabur/buram, fungsi pendengaran menurun. Adapun kondisi ini bisa disebabkan karena faktor usia.

10) Sistem Neurologi

a) Nervus I (*Olfactorius*) : Penciuman

b) Nervus II (*Opticus*) : Penglihatan

c) Nervus III (*Oculomotorius*) : Gerak mata ekstraokuler mata dan konstriksi dilatasi pupil.

d) Nervuse IV (*Trochlearis*) : Gerak bola mata ke atas dan kebawah

e) Nervus V (*Trigeminus*) : Sensori kulit wajah, penggerak otot rahang

f) Nervuse VI (*Abdusen*) : Gerak bola mata ke samping

- g) Nervus VII (*Facialis*) : Ekspresi *facial* dan pengecapan
- h) Nervus VIII (*Glossopharyngeus*) : Gangguan pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah.
- i) Nervus IX (*Vagus*) : Sensai faring, gerak pita suara.
- j) Nervus X (*Hippoglossus*) : Posisi Ldah
- k) Nervuse XI (*Accesoriu*) : Gerakan kepala dan bahu
- l) Nervuse XII (*Hipoglosus*) : Menggerakan lidah

7. Pengkajian Khusus Lansia

a. Pengkajian Fungsi Kognitif SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

SPMSQ adalah tes kognitif yang digunakan untuk menilai gangguan kognitif pada lansia. Berikut adalah beberapa pertanyaan yang umumnya digunakan dalam SPMSQ (Adriana *et al.*, 2021):

Tabel 2. 4 Tabel Pengkajian SPMSQ

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang? Jawab:		
2	Tahun berapa sekarang? Jawab:		
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab:		
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang? Jawab:		
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang? Jawab:		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab:		
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab:		
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia? Jawab:		
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang?		

	Jawab:		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1? Jawab:		
Jumlah			

Analisa Hasil:

Skor Salah : 0-2 (Fungsi intelektual utuh)

Skor Salah : 3-4 (Fungsi intelektual ringan)

Skor Salah : 5-7 (kerusakan intelektual sedang)

Skor Salah : 8-10 (kerusakan intelektual berat)

b. Pengkajian MMSE (Mini Mental State Examination)

MMSE adalah instrumen yang digunakan untuk menilai fungsi kognitif lansia dan mendeteksi kemungkinan demensia. Analisa hasil nilai jika nilai < 21 , maka ada kerusakan kognitif. Beberapa aspek yang dinilai dalam MMSE meliputi (Adriana *et al.*, 2021):

Tabel 2. 5 Tabel Pengkajian MMSE

No	Item Penilaian	Benar	Salah
1	Orientasai		
	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Musim apa sekarang ?		
	3. Tanggal berapa sekarang ?		
	4. Hari apa sekarang ?		
	5. Bulan apa sekarang ?		
	6. Di negara mana anda tinggal ?		
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?		
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?		
	10. Di desa mana anda tinggal ?		
2	Registrasi		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11.		
	12.		
	13.		
3	Perhatian dan Kalkulasi		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang,		
	14. K		
	15. A		
	16. P		
	17. A		
	18. B		
4	Mengingat		
	Minta klien untuk mengulang 3 objek diatas		

	19.		
	20.		
	21.		
5	BAHASA		
	c. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	22. Jam Tangan		
	23. Pensil		
	d. Pengulangan		
	24. “Tak ada jika, dan atau, tetapi”		
	e. Perintah Tiga Langkah		
	25. Ambil kertas !		
	26 Lipat dua !		
	27. Taruh di lantai !		
	f. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata		
	29. Tulis satu kalimat		
	30. Salin gambar		
Jumlah			

Analisa Hasil :

Nilai < 21 : Kerusakan kognitif

c. Pengkajian Status Fungsional (*Indeks Katz*)

Katz Index digunakan untuk menilai tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Adriana *et al.*, 2021):

Tabel 2. 6 Tabel Pengkajian Katz Indeks

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

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

Keterangan :

Beri tanda (✓) pada point yang sesuai dengan pasien

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

Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan

Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan

Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

d. Screening Faal Functional Reach (FR) Test

Tabel 2. 7 Tabel Pengkajian FR Test

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

Interpretasi

Usia >70 tahun: <6 inchi (risiko roboh)

e. Time Up and Go (TUG) Test

Tabel 2. 8 Tabel Pengkajian TUG Test

No	Langkah
1	Posisi pasien duduk di kursi
2	Minta pasien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi

Score :

≤ 10 detik : *low risk of falling*

11-19 detik : *low to moderate risk for falling*

20-29 detik : *moderate to high risk for falling*

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

f. *Geriatric Depression Scale* (Skala Depresi)**Tabel 2. 9 Tabel Pengkajian GDS**

No	Pertanyaan	Tidak	Ya
1	Apakah Anda sebenarnya puas dengan kehidupan Anda?	Tidak	
2	Apakah Anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan Anda?		Ya
3	Apakah Anda merasa kehidupan Anda kosong?		Ya
4	Apakah Anda sering bosan?		Ya
5	Apakah Anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Tidak	
6	Apakah Anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada Anda?		Ya
7	Apakah Anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup Anda?	Tidak	
8	Apakah Anda merasa sering tidak berdaya?		Ya
9	Apakah Anda lebih sering di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?		Ya
10	Apakah Anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat Anda dibandingkan kebanyakan orang?		Ya
11	Apakah Anda pikir bahwa kehidupan Anda sekarang menyenangkan?	Tidak	
12	Apakah Anda merasa tidak berharga seperti perasaan Anda saat ini?		Ya
13	Apakah Anda merasa dengan penuh semangat?	Tidak	
14	Apakah Anda merasa bahwa keadaan Anda tidak ada harapan?		Ya
15	Apakah Anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaannya daripada Anda?		Ya
	Jumlah		

Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor “1” (satu) :

Skor 5-9 : Kemungkinan Depresi

Skor > 10 : Depresi

1.4.2. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan

analisis data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat Kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Wijayanti et al. 2025).

Tabel 2. 10 Tabel Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	Data Mayor : 1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Bersikap protektif 4. Gelisah 5. Frekuensi nadi Meningkat 6. Sulit tidur Data Minor : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	Umur, Degeneratif ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur dan penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi Gangguan sirkulasi mempengaruhi otak ↓ Peningkatan resistensi pembuluh darah otak ↓ Nyeri kepala ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut (D.0077)
2	Data Mayor: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Data Minor: 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Hipertensi ↓ Peningkatan tekanan vaskuler ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Resistensi pembuluh darah ke otak meningkat ↓	Gangguan Pola Tidur (D.0055)

		Pusing, tengkuk terasa berat, lemas, gelisah ↓ Gangguan Pola Tidur	
3	Data Mayor: 1. Menanyakan tentang masalah yang dihadapi Data Minor: 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Gaya hidup tidak teratur ↓ Defisit Pengetahuan	Defisit Pengetahuan (D.0111)
4	Data Mayor: 1. Mengeluh lelah 2. Frekuensi jantung meningkat 20% dari kondisi istirahat Data Minor: 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman saat beraktivitas 3. Merasa lemah 4. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat	Hipertensi ↓ Peningkatan tekanan vaskuler ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Gangguan sirkulasi Pembuluh darah sistemik ↓ Vasokonstriksi ↓ <i>Afterload</i> meningkat ↓ Intoleransi Aktivitas	Intoleransi Aktivitas (D.0056)
5	Faktor risiko: 1. Hiperglikemia 2. Gaya hidup kurang gerak 3. Hipertensi 4. Merokok 5. Prosedur endovascular 6. Trauma 7. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup kurang gerak, obesitas, imobilitas)	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi	Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)

		↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Suplai O₂ otak menurun ↓ Sinkop ↓ Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif	
6	Data Mayor 1. Ortopnea 2. Dyspnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) 4. Edema anasarka dan atau edema perifer 5. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 6. Jugular venous pressure (JVP) dan atau Central 7. Venous Pressure (CVP) meningkat 8. Refleks hepatojugular positif Data Minor 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara napas tambahan 3. Hepatomegali 4. kadar Hb/Ht menurun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak dari output (balance cairan positif) 7. Kongesti paru	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Ginjal ↓ Vasokonstriksi pembuluh darah ginjal ↓ Blood flow aliran darah menurun ↓ Respon RAA ↓ Rangsang Aldosteron ↓ Retensi Na ↓ Edema ↓ Hipervolemia	Hipervolemia (D.0022)
7	Faktor Risiko 1. Perubahan afterload	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas	Risiko Penurunan

	2. Perubahan frekuensi jantung 3. Perubahan irama jantung 4. Perubahan kontraktilitas 5. Perubahan preload	↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Pembuluh darah ↓ Sistemik ↓ Vasokonstriksi ↓ Afterload meningkat ↓ Risiko Penurunan Curah Jantung	Curah Jantung (D.0011)
8	Faktor Risiko 1. Usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak). 2. Riwayat jatuh. 3. Anggota Gerak bawah prosthesis (buatan). 4. Penggunaan alat bantu berjalan. 5. Penurunan Tingkat kesadaran. 6. Perubahan fungsi kognitif. 7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing). 8. Kondisi pasca operasi. 9. Hipotensi ortostatik. 10. Perubahan kadar glukosa darah. 11. Anemia. 12. Kekuatan otot menurun. 13. Gangguan pendengaran. 14. Gangguan keseimbangan. 15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus). 16. Neuropati. 17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anestesi umum)	Umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Retina ↓ Spasme arterioli ↓ Diplopia ↓ Resiko jatuh	Resiko Jatuh (D.0143)

1.4.3. Diagnosis Keperawatan

Menurut Ifadah *et al.*, (2024) diagnosis yang mungkin muncul adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055).
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakstabilan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).
4. Risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dibuktikan dengan hipertensi (D.0015).
5. Risiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan *afterload*, frekuensi jantung, irama jantung, kontraktilitas dan preload (D.0011).
6. Risiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus)

1.4.4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 11 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Tujuan : Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Intervensi : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Nyeri akut b.d agen Pecendera fisiologis d.d: Data mayor : 1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Data minor : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax..... diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Kesulitan tidur menurun 6. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 8. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, tarapi bermain. 9. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 10. Fasilitasi istirahat dan tidur 11. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategis meredakan nyeri

			Edukasi 12. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 13. Jelaskan strategi meredakan nyeri 14. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 15. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 16. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 10 Kolaborasi pemberian analgetic, <i>jika perlu</i>
2	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d: Data Mayor : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Data Minor 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax..... diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: (L.05045) 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.09265) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> 7. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi

			11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja) 16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya
3	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d : Data Mayor: 1. Menanyakan tentang masalah yang dihadapi Data Minor: 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan perilaku yang keliru terhadap masalah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax..... diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil: (L.12111) 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. persepsi yang keliru mengenai masalah menurut	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup Terapeutik 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku

			hidup bersih dan sehat
4	Intoleransi aktivitas b.d ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen Data Mayor: 1. Mengeluh Lelah 2. Frekuensi jantung meningkat 20% dari kondisi istirahat Data Minor: 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman saat beraktivitas 3. Merasa lemah 4. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax..... diharapkan tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil: (L.05047) 1. Frekuensi nadi normal 2. Saturasi oksigen normal 3. Tenaga meningkat 4. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 5. Keluhan lelah menurun 6. Lesu menurun 7. Gelisah menurun 8. Nafsu makan membaik 9. Pola napas membaik 10. Pola istirahat membaik	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 6. Latihan rentang gerak pasif atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5	Risiko perfusi perifer tidak efektif d.d hipertensi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax..... diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi

		(L.02011) 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik	1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6. Hindari penekanan dan pemasangan <i>tourniquet</i> pada area yang cedera 7. Lakukan pencegahan infeksi 8. Lakukan perawatan kaki dan kuku 9. Lakukan hidrasi Edukasi 10. Anjurkan berhenti merokok 11. Dianjurkan berolahraga rutin 12. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 13. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 14. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 15. Anjurkan program rehabilitasi vascular 16. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
--	--	--	---

			17. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang, saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
6	Risiko penurunan curah jantung d.d perubahan <i>afterload</i>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax..... diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:	Perawatan Jantung Akut (I.02076) Observasi 1. Identifikasi karakteristik nyeri dada 2. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T 3. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 4. Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia (kalium, magnesium serum) 5. Monitor enzim jantung (mis. CK, CK-MB, Troponin T, Troponin I) 6. Monitor saturasi oksigen 7. Identifikasi stratifikasi pada sindrom koroner akut (mis. skor TIMI, Killip, Crusade) Terapeutik 8. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam 9. Pasang akses intravena 10. Puaskan hingga bebas nyeri 11. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress 12. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan 13. Siapkan menjalani intervensi koroner perkutan, <i>jika perlu</i> 14. Berikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi 15. Anjurkan segera melapor nyeri dada

			16. Anjurkan menghindari manuver Valsava (mis. mengedan saat BAB atau batuk) 17. Jelaskan tindakan yang dijalani pasien 18. Ajarkan Teknik menurunkan kecemasan dan ketakutan Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian antiplatelet, <i>jika perlu</i> 20. Kolaborasi pemberian antianginal (mis. nitrogliserin, <i>beta blocker</i>, <i>calcium channel blocker</i>) 21. Kolaborasi pemberian morfin, <i>jika perlu</i> 22. Kolaborasi pemberian inotropik, <i>jika perlu</i> 23. Kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuver Valsava (mis. pelunak tinja, antiemetik) 24. Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan, <i>jika perlu</i> 25. Kolaborasi pemeriksaan <i>x-ray</i> dada, <i>jika perlu</i>
7	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax..... diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Asupan makanan meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Membrane mukosa membaik	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (misal: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hypervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) <i>jika tersedia</i> 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (misal: kadar natrium, BUN, hematokrit, dan berat jenis urin)

		8. Turgor kulit membaik	6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat) 7. Monitor kecepatan infus secara ketat 8. Monitor efek samping diuretik (misal: hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia) Terapeutik 9. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 10. Batasi asupan cairan dan garam 11. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi 1. Anjurkan melapor jika haluan urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 2. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari 3. Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan 4. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretik 2. Kolaborasi pengganti kehilangan kalium akibat diuretik 3. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu
--	--	--------------------------------	---

8	Risiko jatuh ditandai dengan gangguan penglihatan (mis glaucoma katarak, ablasio, retina, neuritis,opticus)	Setelah dilakukan intervensi diharapkan Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur Menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan Menurun 5. Jatuh saat dipindahkan Menurun 6. Jatuh saat naik tangga menurun 7. Jatuh saat di kamar mandi menurun 8. Jatuh saat membungkuk Menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fallmorse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7. Pastikan roda tempat tidur dan kusi roda selalu dalam kondisi terkunci 8. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur 9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 10. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i>
---	---	--	---

			11. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, <i>walker</i>) 12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan 14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 17. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
--	--	--	---

1.4.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik atas pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan dalam mengatasi masalah yang muncul pada pasien/keluarga. Ukuran intervensi yang diberikan kepada pasien/keluarga dapat berupa dukungan pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi baik kesehatan fisik maupun mental, Pendidikan kesehatan dan lainnya untuk mencegah masalah keperawatan yang muncul. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Andika *et al.*, 2023).

1.4.6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi juga merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang terjadi dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif).

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan

status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan, meliputi Subjek, Objek, Assessment, Planning (SOAP) atau Subjek, Objek, Assessment, Planning, Intervensi, Evaluasi-Revisi (SOAPIE-R) (Andika *et al.*, 2023).

1.5. Konsep Evidence Based Practice (EBP) Akupressure

1.5.1. Pengertian Akupresur

Akupresur adalah suatu bentuk terapi sentuhan yang memanfaatkan prinsip-prinsip akupunktur dan pengobatan Cina. Dalam akupresur, titik-titik yang sama pada tubuh diperbolehkan seperti pada akupunktur, tetapi distimulasi dengan tekanan jari, bukan dengan menusukkan jarum. Pijat akupresur mengandalkan penggunaan jempol, jari, dan telapak tangan untuk menekan berbagai titik pada tubuh. Akupresur digunakan untuk meredakan berbagai gejala dan rasa sakit. (Hidayat, 2020).

Terapi akupresur adalah salah satu jenis tindakan tradisional, yaitu keterampilan yang dilakukan dengan cara merangsang titik tertentu melalui penekanan pada permukaan tubuh dengan menggunakan jari maupun benda tumpul dengan tujuan untuk kebugaran dan membantu mengatasi masalah kesehatan (Artini & Handayani, 2021).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan Akupresur adalah terapi tradisional yang dilakukan dengan memberikan tekanan pada titik-titik tertentu di tubuh menggunakan jari atau benda tumpul. Terapi ini berprinsip pada akupunktur, namun tanpa penggunaan jarum. Akupresur bermanfaat untuk meningkatkan kebugaran, meredakan nyeri, serta membantu mengatasi berbagai masalah kesehatan secara alami.

1.5.2. Manfaat Akupresur

Akupresur diyakini memiliki berbagai manfaat untuk kesehatan. Terapi akupresur pada berbagai macam masalah kesehatan antara lain: efeknya terhadap penurunan nyeri, penyakit kronis, psikologis, neurologi, dan berbagai gejala penyakit (Komariah, 2021).

1. Akupresur terhadap penurunan nyeri

Akupresur memiliki manfaat dalam menurunkan berbagai jenis nyeri. Terapi akupresur mampu menurunkan tekanan menstruasi dan nyeri punggung bagian bawah pada wanita dewasa muda, dismenore, nyeri kepala, dan nyeri setelah persalinan.

2. Akupresur terhadap penyakit kronis

Akupresur juga memiliki manfaat dalam mengatasi masalah kronik. Akupresur ditemukan memiliki efektif sebagai pengobatan alternatif dalam upaya penurunan kadar gula darah pada pasien diabetes melitus dan menurunkan tekanan darah.

3. Akupresur terhadap masalah neurologi

Terapi akupresur ditemukan efektif dalam menurunkan derajat neuropati pada pasien Diabetes Melitus. Selain itu akupresur efektif terhadap penurunan derajat restless leg syndrome pada pasien yang menjalani hemodialisis.

4. Akupresur terhadap masalah psikologis

Akupresur dapat menurunkan gejala depresi, kecemasan dan stress. Efek tersebut diteliti pada populasi lansia, pasien hemodialisis yang mengalami depresi, cemas, dan stress.

5. Akupresur terhadap penurunan berbagai gejala

Terapi akupresur auricular terbukti dapat meningkatkan status tidur wanita paruh. Selain itu akupuntur juga dapat menurunkan gejala mual dan muntah pada ibu hamil, pasca operasi, dan pasien dengan myeloblastic akut dengan kemoterapi. Akupresur juga memiliki pengaruh terhadap penurunan frekuensi enuresis.

1.5.3. Indikasi Terapi Akupresur

Secara umum, indikasi terapi akupresur mencakup pengelolaan berbagai kondisi fisik dan psikosomatik, terutama yang berkaitan dengan nyeri, gangguan tidur, mual, serta kecemasan.

1. Nyeri kronis atau akut dan ketegangan otot

Akupresur efektif pada nyeri punggung, bawah, dismenore, nyeri kepala, nyeri pasca operasi.

2. Gangguan tidur dan kecemasan

Beberapa studi menunjukan akupresur membantu meningkatkan kualitas tidur dan mengurangi stres.

3. Mual muntah

Efektif pada mual dan muntah, terutama akibat kemoterapi, pasca operasi.

4. Kelelahan akibat kanker

5. Kecemasan dan stress

1.5.4. Kontraindikasi Terapi Akupresur

Berdasarkan literatur klinis dan kajian komplementer terbaru, akupresur relatif aman bila dilakukan dengan benar. Namun, terdapat sejumlah kontraindikasi dan kewaspadaan yang harus diperhatikan, baik absolut maupun relatif :

1. Kontraindikasi Absolut

- a. Area luka terbuka, infeksi kulit atau inflamasi akut

Stimulasi dapat memperburuk kerusakan jaringan

- b. Fraktur atau cedera tulang sendi yang belum sembuh

Tekanan dapat memperburuk kondisi

- c. Pasien dengan deep vein thrombosis (DVT)

Risiko pelepasan bekuan darah

- d. Kondisi darurat medis (misalnya infark miokard akut, stroke akut)

Bukan indikasi pengguna akupresur

2. Kontraindikasi Relatif

- a. Kehamilan

Beberapa titik (misalnya L14 – Hegu, SP6 – sanyinjiao, BL60 – Kunlun) dapat merangsang kontraksi uterus, hindari kecuali untuk tujuan obstetric dengan pengawasan medis

- b. Pasien dengan kanker stadium lanjut

Hindari stimulus langsung pada area tumor atau metastasis tulang

- c. Gangguan perdarahan atau penggunaan antikoagulan

Tekanan berlebihan dapat menyebabkan hematoma atau perdarahan subkutan

- d. Pasien dengan penyakit jantung berat atau alat pacu jantung
Hindari stimulasi terlalu intensif di area dada
- e. Kondisis neurologis tertentu (epilepsy, neuropati perifer)
Gunakan dengan hati hati karena respon pasien dapat bervariasi

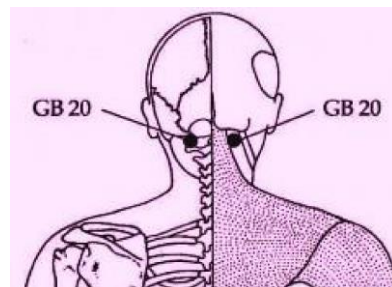
1.5.5. Prosedur pelaksanaan akupresur

1. Identifikasi klien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur
3. Persiapan
 - a. Alat yang dibutuhkan : tensimeter, *handscoon*, minyak zaitun, tisu/handuk kecil
 - b. Gunakan pakaian longgar, menyerap keringat dan nyaman untuk digunakan
 - c. Pastikan pasien sudah makan sebelum terapi dan tidak dalam kondisi terlalu kenyang
 - d. Pastikan pasien dalam keadaan rileks dan nyaman
 - e. Jelaskan teknik dasar prosedur yang akan dilakukan dengan cermat agar bisa dimengerti oleh klien, selanjutnya minta persetujuan untuk melakukan terapi
 - f. Atur posisi klien dengan memposisikan duduk
 - g. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vita: TD, nadi, pernapasan dan suhu

- h. Melakukan *pre-test* dengan menilai tingkat nyeri kepala menggunakan NRS
 - i. Menjelaskan lama waktu terapi dengan durasi 15-20 detik per tekanan sebanyak 30 kali
 - j. Pemeriksaan post-test dengan menilai TTV, skala nyeri
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 5. Pasang Handscoon
 6. Pelaksanaan Akupresur:

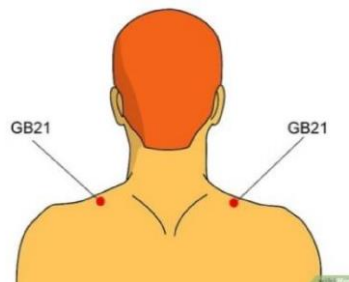
Lakukan tekanan menggunakan ibu jari atau jari tengah pada titik-titik akupresur berikut dengan durasi 15-20 detik per tekanan sebanyak 30 kali:

- a. Titik GB 20 adalah pada lekukan kiri kanan di belakang kepala, 1 cm di atas batas rambut.



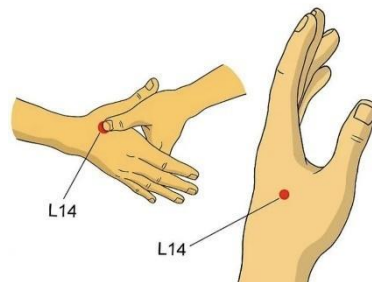
Gambar Titik GB 20

- b. Titik GB 21 berada pada di atas bahu, di tengah-tengah antara ujung bahu dan tulang belakang.



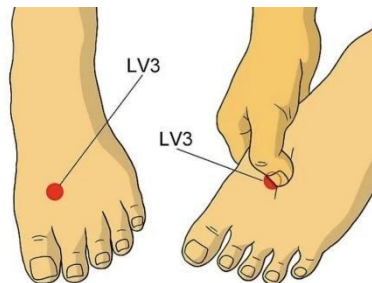
Gambar Titik GB 21

- c. titik L1 4 berada Ketika telunjuk dan ibu jari dirapatkan, terdapat tonjolan tertinggi di punggung tangan di antara metacarpal 1 dan 2



Gambar Titik L14

- d. Titik LR 3 berada di punggung kaki pada cekungan antara pertemuan tulang metatarsal pertama (jempol) dan tulang metatarsal kedua (jari telunjuk kaki).



Gambar Titik LR 3

Tabel 2. 12 Tabel Analisis *Evidence Based Practice*

No	Nama peneliti	Judul	Metode	Hasil
1	Mizam Ari Kurniyanti 2024	Efektivitas Pijat Akupressuree Terhadap Nyeri Kepala Lansia Dengan Hipertensi	Desain Penelitian : Penelitian menggunakan pre eksperimental desain pendekatan One group pre and posttest. Sampel : Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu 11 lansia yang dipilih melalui teknik purposive, hasil akan dianalisis menggunakan uji Paired Analisis : pengambilan data menggunakan instrumen VAS dan NRS sebelum dan sesudah pemberian terapi pijat akupresur yang diberikan selama 1 kali dalam sehari secara berturut-turut. Setiap pasien menerima terapi sebanyak satu kali selama tiga hari, dengan durasi antara 10-15mnt.	Basal Analysis Paired TTest $p=0,000$ ($p<0,05$) .Hasil penelitian memperlihatkan terapi pijat akupresur dapat menurunkan tekanan darah, serta terdapat perbedaan pada rerata skor nyeri antara sebelum dan sesudah pemberian akupresur diberikan
2	Maqfiratul Afra*1, Iskandar2, Maimun Tharidha 2023	Pengaruh Kompres Hangat & Akupresur terhadap Penurunan Nyeri Kepala pada Lansia Hipertensi di Desa Lhok Bengkuang Timur Kecamatan Tapaktuan Kabupaten Aceh Selatan	Desain penelitian: Penelitian ini termasuk jenis penelitian quasi experiment dengan Two-group pretest posttest design using a double pretest Sample: Pengambilan sampel secara purposive sampling yang berjumlah 20 orang Analisis: Dalam penelitian ini kelompok Kompres Hangat dan Akupresur pretes memiliki rentang skala nyeri	Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh pretest dan posttest pada kompres hangat diperoleh nilai p value 0,000 dan pengaruh pada kompres hangat dan akupresur diperoleh nilai p value 0,000 serta adanya perbedaan kompres hangat dan akupresur terhadap penurunan nyeri kepala pada lansia hipertensi

			kepala 3-6. Adapun kelompok. Kompres Hangat dan Akupresur postes memiliki skala nyeri kepala 0-2. Responden juga sudah mendapatkan perlakuan terapi akupresur dengan teknik pijat menggunakan jari dan tangan untuk merangsang titik akupuntur sehingga meningkatkan hormon endorphen yang dapat menurunkan rasa nyeri kepala pada responden yang menderita hipertensi	dengan hasil analisa statistik p value 0,005 di Desa Lhok Bengkuang Timur Kecamatan Tapaktuan Kabupaten Aceh Selatan.
3	I Nyoman Budi Kerti, Andy Nuriyanto 2024	Pengaruh Terapi Akupresur Terhadap Perubahan Skor Nyeri Kepala Pada Lansia Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Labanan	Desain penelitian: penelitian ini menggunakan jenis quasi Experimental design menggunakan pendekatan pretest-posttest control group design Sample: jumlah sampel sebanyak 48 orang yang terbagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok eksperimen yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling Analisis Rata-rata skor nyeri kepala pre-test pada kelompok intervensi adalah 6.00 nyeri sedang dan kontrol 5.00 nyeri sedang. Sedangkan rata-rata skor nyeri kepala post-test pada kelompok intervensi adalah 3.00 nyeri ringan dan kontrol	Hasil uji statistik menggunakan uji wilcoxon pada skor nyeri kepala lansia hipertensi sebelum dan sesudah terapi akupresur (kelompok intervensi) didapatkan nilai p 0,000 <0,05 dan terapi farmakologi (kelompok kontrol) dengan nilai p 0,001 < 0,05 yang artinya terdapat pengaruh sebelum dan sesudah diberikan terapi terhadap perubahan skor nyeri kepala.

			adalah 5.00 nyeri sedang.	
4	Leni Marlina ¹ , Yenni ² , Dini Qurrata Ayuni ³ 2024	Efektifitas Terapi Akupresur Dalam Mengatasi Nyeri Kepala Lansia Hipertensi	Desain penelitian : Jenis penelitian adalah Quasi Experimental Design Nonequivalent Control Group. Sampel : 12 orang kelompok intervensi dan 12 orang kelompok kontrol Analisis : Terapi dilakukan dengan penekanan atau dengan putaran searah jarum jam selama 30 tekanan atau 30 putaran, ketentuan setiap pasien lansia diberi terapi hanya 1 kali saat kunjungan pertama pasien dengan keluhan nyeri kepala, disini peneliti akan melakukan 1 kali dalam kurun waktu 2 minggu.	Uji statistik menunjukkan ada pengaruh terapi akupresur terhadap tingkat nyeri kepala lansia hipertensi. $p\text{-value}=0,0005$ ($p\text{-value} < 0,05$). Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh terapi akupresur terhadap tingkat nyeri kepala lansia hipertensi.
5	Muhammad Miftahul Syurur, Reni Mareta, Dwi Sulistyono	The effectiveness of acupressure in reducing headaches in patients with hypertension	Desain Penelitian Studi kasus Sampel 1 respondent Analisis Diberikan pemberian tekanan pada setiap titik selama 30 hitungan dengan durasi 15-20 detik per tekanan	Terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat nyeri kepala sebelum dan sesudah pemberian terapi akupresur

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Tinjauan Kasus

2.1.1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian : 4 Maret 2025

1. Identitas

Nama : Tn. A
TTL/Umur : Garut, 1 Juli 1941
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Tidak bekerja
Suku : Sunda
Agama : Islam
Status Perkawinan : Menikah

2. Riwayat Pekerjaan dan Status Ekonomi

Pekerjaan saat ini : Tidak Bekerja
Pekerjaan sebelumnya : Wiraswasta
Sumber pendapatan : Sumbangan Panti
Kecukupan pendapatan : Klien mampu mencukupi kebutuhannya sendiri

3. Lingkungan Tempat Tinggal

a. Kebersihan dan Kerapihan Ruangan Rumah

Klien selalu membersihkan kamar setiap hari, barang yang ada di kamar tertata rapi.

b. Penerangan

Penerangan yang ada di kamar Tn. A menggunakan lampu ketika malam hari, dan jika disiang hari kamar cukup penerangan

c. Sirkulasi Udara

Sirkulasi udara di kamar Tn.A cukup baik, jendela dibuka dan pintu dibuka setiap pagi hari.

d. Keadaan Kamar Mandi dan WC

Tn.A menggunakan kamar mandi bersama dengan penghuni panti lainnya. Kondisi kamar mandi bersih tidak licin karena dibersihkan setiap hari dan sumber air berasal dari PDAM.

e. Pembuangan Air Kotor

Pembuangan air kotor dari kamar mandi dibuang ke septic tank.

f. Sumber Air Minum

Sumber air minum yang dipakai oleh Tn.A adalah air isi ulang.

g. Pembuangan Sampah

Tn.A mengatakan membuang sampah pada tempat sampah dekat kamar Tn.A lalu diambil oleh petugas.

h. Sumber Pencemaran

Tn.A mengatakan tidak ada pencemaran.

4. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Tn.A mengatakan nyeri kepala

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Tn.A mengatakan nyeri kepala. nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti berdenyut - denyut, nyeri di bagian belakang kepala dan menjalar ke area tengkuk, dengan skala nyeri 4 (0-10),

nyeri dirasakan saat tekanan darah meningkat, klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, istirahat tidur Tn.A tidak tercukupi karena sulit tidur.

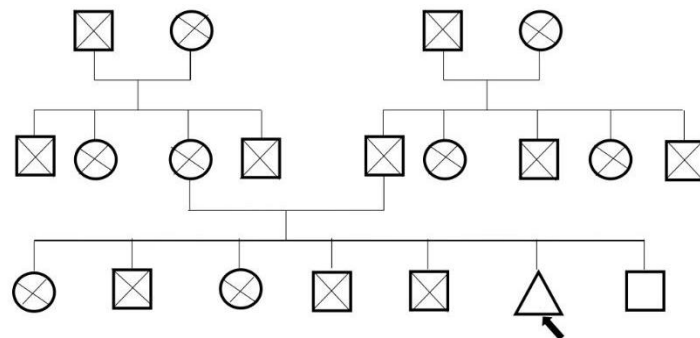
c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Tn.A mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi, Tn.A mengalami kehilangan penglihatan karna kecelakaan.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tn.A mengatakan orang tuanya memiliki riwayat hipertensi, dan kakak klien meninggal karena stroke.

e. Genogram



Keterangan

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Garis keturunan
- : Garis pernikahan
- ⊗ : Laki-laki meninggal

 : Perempuan meninggal

 : Klein

5. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

a. Pemeliharaan Kesehatan

Tn.A mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit hipertensi dan menghindari makanan mengandung tinggi garam, makanan cepat saji seperti mie makanan kaleng, gorengan, minuman manis. Klien mengatakan bahwa sehat itu penting sehingga apabila Tn.A merasa tidak enak badan atau sakit, Tn.A langsung memeriksakan kesehatannya kepada perawat yang bertugas di Griya Lansia. Menurut Tn.A sakit adalah rasa tidak enak atau tidak nyaman pada bagian tubuh seperti timbulnya rasa nyeri, mual, dan demam dan sehat adalah ketika Tn.A bisa melakukan aktivitas dengan nyaman dan badan terasa bugar.

b. Nutrisi Metabolik

Tabel 3. 1 Tabel Nutrisi Metabolik

Nutrisi Metabolik		
No	Jenis	Hasil
1.	POLA MAKAN	
	Jenis Porsi	Nasi dan lauk pauk
	Frekuensi	3x/hari
	Jumlah	1 porsi
	Diet Khusus	Tidak ada
	Makanan Disukai	Daging ayam dan hati
	Kesulitan Menelan	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada

	Nafsu Makan	Baik
2.	POLA MINUM	
	Jenis	Air putih
	Frekuensi	7-8 gelas
	Jumlah	± 2 L
	Pantangan	Tidak boleh minum kopi, minuman.
	Minuman Disukai	-

c. Pola Eliminasi

Tabel 3. 2 Tabel Pola eliminasi

Pola Eliminasi		
No	Jenis	Hasil
1.	BAK	
	Frekuensi	7-8x/hari
	Warna	Kuning khas urine
	Masalah	Tidak ada
2.	BAB	
	Frekuensi	3x/seminggu
	Warna	Kuning khas feses
	Masalah	Tidak ada

d. Pola Aktivitas sehari-hari

Table 3.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis	Sehat				
		0	1	2	3	4
1	Mandi	√				
2	Berpakaian	√				
3	Eliminasi	√				

4	Mobilisasi ditempat tidur	√				
5	Berpindah	√				
6	Berjalan				√	
7	Berbelanja				√	
8	Memasak				√	
9	Naik tangga				√	
10	Pemeliharaan rumah/ruangan	√				

Keterangan

0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

3 = Dibantu orang lain atau alat

4 = Tergantung/tidak mampu

e. Pola istirahat

Tabel 3. 4 Tabel Pola istirahat

Pola Istirahat Tidur		
No	Jenis	Hasil
1.	Tidur siang	
	Lama Tidur	1-2 jam
	Keluhan	Tidak ada
2.	Tidur malam	
	Lama tidur	3-4 jam
	Keluhan	Klien mengatakan sulit tidur, sering terjaga, pernah tidak tidur dalam 2 hari,

f. Pola Konsep Diri

1) Konsep Diri

Tn.A mengatakan puas mengenai anggota badannya dan merasa bersyukur dengan keadaan saat ini.

2) Ideal Diri

Tn. A berharap nyeri kepalanya hilang dan bisa tidur di malam hari.

3) Peran Diri

Tn. A merupakan seorang suami

4) Harga Diri

Tn. A mengatakan merasa dihormati oleh istrinya dan penghuni Griya Lansia lainnya.

5) Identitas Diri

Tn. A seorang suami, klien tinggal bersama istrinya di Griya Lansia.

g. Pola Peran dan Hubungan

Hubungan Tn.A dengan istrinya dan penghuni Griya Lansia sangat baik, Tn.A rutin mengikuti kegiatan di Griya Lansia seperti sholat berjamaah, pengajian.

h. Pola Reproduksi dan Seksual

Tidak melakukan hubungan suami istri.

i. Pola Pertahanan Diri atau Koping

Tn.A mengatakan jika memiliki masalah, klien selalu membicarakannya dengan istrinya.

j. Pola Keyakinan dan Nilai

Tn.A selalu menjalankan sholat 5 waktu di masjid berjamaah dan selalu mengikuti pengajian bersama.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : Klien tampak kesakitan dan kurang istirahat

b. Kesadaran : Composmentis

c. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 148/90 mmHg

Nadi : 87 x/menit

Respiratory Rate : 20x/menit

Suhu : 36,4°C

SPO2 : 98%

d. Antropometri

Lila : 24 cm

BB : 54 Kg

TB : 160 Cm

IMT : $\frac{BB}{(TB^2)} = \frac{54}{2,56} = 21,09$ (Normal)

Kebutuhan kalori

Keb.EMB = 1 kal x 54 x 24 = 1.296 kalori

AMB + Aktivitas fisik = 1.296 x 1,30 = 1.684,8 kalori

Kebutuhan cairan

10 kg pertama = 1 liter = 1000 ml

10 kg kedua = 0,5 liter = 500 ml

34 kg = 20 x 34 kg = 680 ml

Jadi, kebutuhan cairan klien = 1000 + 500 + 680 = 2.180 ml

e. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala dan Leher

- a) Kepala : Tidak ada lesi pada kulit kepala, tidak ada nyeri tekan, kulit kepala bersih, warna rambut putih/beruban dengan sedikit, rambut pendek.
- b) Leher : bersih tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pergerakan leher baik dapat digerakan ke segala arah, tidak ada nyeri tekan.

2) Sistem Kardiovaskuler

- a) Jantung : Bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak ada peningkatan JVP, irama jantung regular, bunyi jantung lup dup (S1, S2), tidak ada bunyi jantung tambahan. Tekanan darah 148/90 mmHg, nadi 87x/menit,
- b) Pembuluh darah : CRT < 2 detik, tidak ada sianosis.

3) Sistem Pernapasan

Tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terpasang oksigen, tidak terdapat nyeri sinus, ukuran dada sama simetris, pengembangan dada simetris, terasa ekspansi dada simetris antara kanan dan kiri, frekuensi pernapasan 20x/menit, irama napas regular, bunyi napas vesikuler.

4) Sistem Integumen

- a) Kulit : Warna kulit putih , tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, integritas kulit keriput, tidak ada *pitting edema*, turgor kulit < 2 detik.
- b) Kuku : Tampak bersih, kuku pendek, tidak terdapat lesi di sekitar kuku, CRT < 2 detik.

5) Sistem Perkemihan

Klien tidak terpasang kateter urin, warna urin kuning jernih, tidak ada keluhan ketika buang air kecil, tidak terdapat distensi kandung kemih.

6) Sistem Musculoskeletal

- a) Ekstremitas atas : Letak tangan simetris antara kanan dan kiri, reflek bisep (+), tidak terdapat nyeri tekan kekuatan otot 5|5
- b) Ekstremitas bawah : Letak simetris kanan dan kiri, refleksi patella (+), tidak terdapat edema, tidak terdapat nyeri tekan di kedua lutut, kekuatan otot 5|5.

5		5
5		5

Keterangan

- 0 = Tidak ada tonus otot
- 1 = Terdapat tonus otot tapi tidak ada Gerakan
- 2 = Terdapat pergerakan sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi
- 3 = Dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan
- 4 = Pergerakan dapat menahan tahanan ringan-sedang
- 5 = Kekuatan otot normal

7) Sistem Pencernaan

- a) Mulut : Mukosa bibir lembab, keadaan bersih, warna bibir merah muda
- b) Gigi : Gigi tidak lengkap (ompong), gigi bersih, tidak terdapat karang gigi.
- c) Lidah : Fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik, Tn.A dapat membedakan rasa asin, pahit dan manis.
- d) Abdomen : Tidak terdapat lesi, tidak terdapat nyeri tekan, saat dilakukan perkusi terdengar suara timpani, bising usus 12x/menit di kuadran ke 3 kanan bawah.
- e) Anus : Tidak ada perdarahan saat BAB

8) Sistem Reproduksi

Tidak terjadi karena Tn.A menolak dikaji.

9) Sistem Neurologis

a) Nervus I (*Olfactorius*)

Tn.A dapat membedakan bau minyak kayu putih dan bau kopi.

b) Nervus II (*Opticus*)

Kedua mata Tn.A tidak dapat melihat. Dari hasil pemeriksaan dokter, Tn.A mengalami kebutaan di kedua matanya.

c) Nervus III (*Oculomotorius*)

Gerakan bola mata pada Tn.A terbatas, kelopak mata turun menutupi sebagian, pupil tampak dilatasi, serta tidak tampak refleks cahaya.

d) Nervus IV (*Trochlear*)

Keterbatasan gerakan bola mata

e) Nervus V (*Trigeminal*)

Sensori kulit wajah Tn.A baik, dapat merasakan goresan kapas pada pipi kanan. Tn.A dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi.

f) Nervus VI (*Abducens*)

Bola mata Tn.A tidak dapat bergerak keluar, posisi bola mata tampak masuk ke dalam.

g) Nervus VII (*Facial*)

Tn.A dapat tersenyum, mengangkat alis, menutup kelopak mata dengan tahanan, dapat menjulurkan lidah.

h) Nervus VIII (*Vestibulocochlear*)

Fungsi pendengaran baik, fungsi keseimbangan

i) Nervus IX (*GlossoPharyngeal*)

Tn.A dapat membedakan rasa manis dan asam.

j) Nervus X (*Vagus*)

Saat menyentuh faring posterior, Tn.A dapat menelan saliva dan dapat mengucapkan kata “ah”.

k) Nervus XI (*Spinal Accessory*)

Tn.A dapat menggerakkan bahu dan menahan tahanan yang diberikan.

l) Nervus XII (*Hypoglossal*)

Tn.A dapat menjulurkan lidah dan dapat menggerakkan lidah ke sisi kanan dan kiri.

10) Sistem Penglihatan

Mata : kelopak mata turun menutupi sebagian, pupil tampak dilatasi, serta tidak tampak refleks cahaya.

11) Sistem Pendengaran

Telinga : Simetris kanan dan kiri, tekstur halus, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik, terbukti saat diajak ngobrol Tn.A dapat langsung berkomunikasi dengan baik tanpa harus mengeraskan suara.

7. Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ)

Tabel 3. 3 Tabel Pengkajian SPMSQ

Skor Jawaban		No Soal	Pertanyaan	Jawaban
Benar	Salah			
	√	1	Jam berapa sekarang?	“Tidak tahu ”
√		2	Tahun berapa sekarang?	“Dua ribu dua puluh lima”
√		3	Kapan bapak lahir?	“Tujuh belas Agustus”
√		4	Berapa umur bapak sekarang?	“Delapan puluh empat”
√		5	Dimana Alamat sekarang?	“Griya Lansia”
√		6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama bapak?	“Satu”
√		7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama bapak?	“Mak Uci”
√		8	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia?	“1945”
√		9	Siapa nama presiden Republik Indonesia sekarang?	“Pak Prabowo”
√		10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1?	“20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1”
8	1	Jumlah skor total jawaban salah		1

Interpretasi:

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Jumlah jawaban salah sebanyak 2-4 : Kerusakan intelektual ringan

Jumlah jawaban salah sebanyak 5-7 : Kerusakan intelektual sedang

Jumlah jawaban salah sebanyak 8-10 : Kerusakan intelektual berat

Hasil pemeriksaan:

Bahwasannya hasil dari pengkajian SPMSQ dengan skor salah yaitu 1, Tn.A memiliki fungsi intelektual utuh.

8. Pengkajian MMSE

Tabel 3. 4 Tabel Pengkajian MMSE

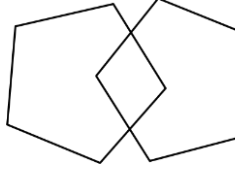
No	Aspek Kognitif	Pertanyaan	Jawaban	Benar	Salah	Nilai Klien	Nilai Maks
1	ORIENTASI	Menyebutkan dengan benar:				5	5
		1. Tahun berapa sekarang?	"2025"	√			
		2. Musim apa sekarang?	"Musim hujan"	√			
		3. Tanggal berapa sekarang?	"07"	√			
		4. Hari apa sekarang?	"Senin"	√			
		5. Bulan apa sekarang?	"Juli"	√			
		Menyebutkan dimana sekarang:				5	5

		1. Di negara mana anda tinggal?	“Indonesia”	√			
		2. Di provinsi mana anda tinggal?	“Jawa Barat”	√			
		3. Di kabupaten mana anda tinggal?	“Garut”	√			
		4. Di kecamatan mana anda tinggal?	“Tarogong Kidul”	√			
		5. Di desa mana anda tinggal?	“Tarogong Kidul”	√			
2	REGISTRASI	Sebutkan nama 3 objek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap objek yang ditunjukkan), lalu tanya kembali ketiga objek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 poin 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	“Pulpen” “Buku” “Jam tangan”	√		3	3

		dilakukan tes pada MENGINGAT					
3	PERHATIAN & KALKULASI	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/Tingkat (nilai 1 poin untuk setiap jawaban benar) 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa dengan mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah huruf yang disebutkan dengan benar, 1 poin untuk setiap hurufnya), misal: DUNIA (eja:A-I-N-U-D)	Tn.A mampu menjawab dengan benar	√		5	5
4	MENGINGAT	Minta klien mengulangi ketiga objek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri nilai 1 poin untuk setiap objek yang disebutkan	“Pulpen” “Buku” “Jam tangan”	√		3	3
5	Bahasa	a. Penamaan Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan	“Masker” “Peci”	√		2	9

		Namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (missal jam tangan atau pensil), poin 1 untuk masing-masing jawaban benar (skor 2)					
		b. Pengulangan Minta klien untuk mengulangi kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya “namun”, “tanpa”, “bila” atau kata yang lebih sulit lagi: “tak ada jika, dan, atau tetapi”. Hanya 1 kali mencoba. Poin 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan	“Tak ada jika, dan, atau tetapi”	√		1	
		c. Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta klien untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai, nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar.	1. “Ambil kertas!” Respon: Tn.A mengambil kertas. 2. “Lipat menjadi 2!” Respon: Tn.A melipat kertas menjadi 2 3. “Taruh di lantai!” Respon: Tn.A menaruh	√		3	

			kertas di lantai.				
		d. Membaca Dalam selemba kertas kosong tulis “Pejamkan mata Anda”. Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (poin 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat)	Tn.A tidak dapat membaca karena tidak dapat melihat		√	0	
		e. Menulis Berikan selemba kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. Jangan mendikte kalimat harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar nilai 1 poin	Tn.A menuliskan kata “the flowers look beautiful”	√		1	
		f. Menyalin Berikan selemba kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 poin	Tn.A tidak dapat menyalin gambar		√	0	

								
Nilai Total							28	30

Interpretasi:

Nilai 0-17 : Gangguan kognitif berat

Nilai 17-23 : Gangguan kognitif sedang

Nilai 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif/normal

Hasil pemeriksaan:

Berdasarkan hasil pemeriksaan Tn.A memiliki tidak ada gangguan kognitif dengan hasil 28.

9. Pengkajian Status Fungsional (Indeks Kemandirian Katz)

Tabel 3. 5 Tabel Pengkajian Katz Indeks

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Bergantung: Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari kamar mandi, serta tidak mandi sendiri.	√	
2	Berpakaian Mandiri: Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Bergantung:	√	

	Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya Sebagian.		
3	Ke Kamar Kecil Mandiri: Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri. Bergantung: Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√	
4	Berpindah Mandiri: Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	√	
5	Kontinen Mandiri: BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Bergantung: Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	√	
6	Makan Mandiri: Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri. Bergantung: Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	√	

Keterangan:

KATZ Indeks A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB),
berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian

- KATZ Indeks B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu fungsi tersebut
- KATZ Indeks C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- KATZ Indeks D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- KATZ Indeks E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan
- KATZ Indeks F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- KATZ Indeks G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Hasil pemeriksaan:

Tn.A termasuk KATZ Indeks A karena semuanya masih bisa dilakukan sendiri.

10. Pengkajian *Screening Faal Functional Reach* (FR) Test

Tabel 3. 6 Tabel Pengkajian FR Test

No	Langkah
1	Minta pasien berdiri di sisi tembok dengan tangan direntangkan ke depan
2	Beri tanda letak tangan 1
3	Minta pasien condong ke depan tanpa melangkah selama 1-2 menit, dengan tangan direntangkan ke depan
4	Beri tanda letak tangan ke 2 pada posisi condong
5	Ukur jarak antara tanda tangan ke 1 dan ke 2

Interpretasi

10 inch/25 cm : Risiko jatuh rendah

6-10 inchi/15-25 cm : Risiko jatuh 2 kali lebih besar

≤6 inch/ ≤15 cm : Risiko jatuh 4 kali lebih besar

Tidak mau mencapai : Risiko jatuh 8 kali lebih besar

Catatan: Usia lebih 70 tahun, bila kurang dari 6 inchi berisiko roboh

Hasil pemeriksaan:

Hasil FR Test pada Tn.A adalah 19 cm yang artinya risiko jatuh pada Tn.A 2 kali lebih besar.

11. Pengkajian *Time Up and Go* (TUG) Test

Tabel 3. 7 Tabel pengkajian TUG Test

No	Langkah
1	Posisi pasien duduk di kursi
2	Minta pasien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), Kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi

≤10 detik : Mobilitas bebas

11-19 detik : Risiko ringan untuk jatuh

20-29 detik : Risiko sedang untuk jatuh

≥30 detik : Risiko tinggi untuk jatuh/Gangguan mobilitas

Hasil pemeriksaan:

Hasil pemeriksaan TUG pada Tn.A adalah 12 detik yang artinya memiliki risiko ringan untuk jatuh.

12. Pengkajian Skala Depresi: *Geriatric Depression Scale* (GDS)

Tabel 3. 8 Tabel Pengkajian GDS

No	Pertanyaan		
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?		Ya

2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda?		Ya
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	Tidak	
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Tidak	
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?		Ya
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Tidak	
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?		Ya
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?	Tidak	
9	Apakah anda lebih sering di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	Tidak	
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	Tidak	
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda sekarang menyenangkan?		Ya
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	Tidak	
13	Apakah anda merasa penuh semangat?		Ya
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Tidak	
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaannya daripada anda?		Ya

Interpretasi:

*) Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor “1” (satu)

<5 : Normal

5-9 : Kemungkinan besar depresi

>10 : Depresi

Hasil pemeriksaan:

Berdasarkan hasil pemeriksaan GDS pada Tn.A didapatkan skor 2 yang artinya

Tn.A normal (tidak mengalami depresi).

2.1.2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: - mengatakan nyeri kepala - nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas - nyeri dirasakan berdenyut - denyut - nyeri di bagian belakang kepala dan menjalar ke area tengkuk - skala nyeri 4 (0-10) - nyeri dirasakan saat tekanan darah meningkat, DO: - Klien meringis - Nadi 87x/menit - TD 148/90 mmHg - 2-3 jam/kadang tidak tidur	Degeneratif ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur dan penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi Gangguan sirkulasi mempengaruhi otak ↓ Peningkatan resistensi pembuluh darah otak ↓ Nyeri kepala ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut
2.	DS: Klien mengatakan sulit tidur, sering terjaga di malam hari, dan merasa tidur tidak cukup DO: - Klien sering menguap. - Klien tampak lelah, kurang konsentrasi. - Ekspresi wajah terlihat letih/kurang segar. - Sering tidak mengikuti aktivitas - Tidur malam 2-3 jam/tidak tidur	Hipertensi ↓ Peningkatan tekanan vaskuler ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Resistensi pembuluh darah ke otak meningkat ↓ Pusing, tengkuk terasa berat, lemas, gelisah ↓	Gangguan Pola Tidur

		Gangguan Pola Tidur	
3.	DO: - Klien berusia 84 tahun - Klien klien tidak dapat melihat - Hasil pemeriksaan Faal Functional Reach 19 cm (Risiko jatuh 2 kali lebih besar) - Hasil pemeriksaan TUG 12 detik (Risiko ringan untuk jatuh)	Degeneratif ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Retina ↓ Spasme arteriol ↓ Diplopia ↓ Resiko jatuh	Risiko Jatuh

2.1.3. Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri Akut b.d gejala penyakit (Hipertensi) d.d

DS:

- Klien mengatakan nyeri kepala
- Nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas
- Nyeri dirasakan berdenyut - denyut
- Nyeri di bagian belakang kepala dan menjalar ke area tengkuk
- Skala nyeri 4 (0-10)

- Nyeri dirasakan saat tekanan darah meningkat,

DO:

- Klien meringis
- Nadi 87x/menit
- TD : 148/90 mmHg
- Tidur malam 2-3 jam

2. Gangguan Pola Tidur b.d kurang control tidur d.d

DS:

- Klien mengeluh sulit tidur
- Sering terjaga
- Mengeluh waktu tidur kurang

DO:

- Klien sering menguap.
- Klien tampak lelah, kurang konsentrasi.
- Ekspresi wajah terlihat letih/kurang segar.
- Sering tidak mengikuti aktivitas
- Tidur malam 2-3 jam

3. Risiko Jatuh b.d usia ≥ 65 tahun d.d

DO:

- Klien berusia 84 tahun
- Klien tidak dapat melihat
- Hasil pemeriksaan Faal Functional Reach 19 cm (Risiko jatuh 2 kali lebih besar)
- Hasil pemeriksaan TUG 12 detik (Risiko ringan untuk jatuh)

2.1.4. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri Akut bd gejala penyakit (Hipertensi) DS: - Klien mengatakan nyeri kepala - Nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas - Nyeri dirasakan berdenyut - denyut - Nyeri di bagian belakang kepala dan menjalar ke area tengkuk - Skala nyeri 4 (0-10) - Nyeri dirasakan saat tekanan darah meningkat, DO: - Klien meringis - Nadi 87x/menit - TD : 148/90 mmHg - Tidur malam 2-3 jam	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x pertemuan, tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan (Terapi akupresur) Terapeutik: - Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi akupresur) - Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: - Jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi mengurangi nyeri - Anjurkan minum obat hipertensi secara rutin

2.	Gangguan Pola Tidur DS: - Klien mengeluh sulit tidur - Sering terjaga - Mengeluh waktu tidur kurang DO: - Klien sering menguap. - Klien tampak lelah, kurang konsentrasi. - Ekspresi wajah terlihat letih/kurang segar. - Sering tidak mengikuti aktivitas - Tidur malam 2-3 jam	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x pertemuan, maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil: - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun	Dukungan Tidur Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Monitor pola tidur Terapeutik - Batasi waktu tidur siang - Tetapkan jadwal tidur rutin - Ajarkan faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur - Lakukan prosedur meningkatkan kenyamanan (Terapi akupresur) Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup - Anjurkan menepati waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur
----	---	---	--

3.	Risiko Jatuh DO: - Klien berusia 84 tahun - Klien tidak dapat melihat - Hasil pemeriksaan Faal Functional Reach 19 cm (Risiko jatuh 2 kali lebih besar) - Hasil pemeriksaan TUG 12 detik (Risiko ringan untuk jatuh)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x pertemuan, maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: - Jatuh dari tempat tidur tidak ada - Jatuh saat berdiri tidak ada - Jatuh saat berjalan tidak ada	Pencegahan Jatuh Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fallmorse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 6. Berikan alat bantu yang sesuai 7. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 8. Ciptakan lingkungan yang aman 9. Kenalkan lingkungan yang akan sering dilalui Edukasi 10. Anjurkan berkonsentrasi ketika berjalan untuk menjaga keseimbangan tubuh 11. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
----	---	---	---

2.1.5. Implementasi Keperawatan

Tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Respon	Evaluasi	Paraf
4 Maret 2025	1.	10.00 WIB	- Mengidentifikasi skala nyeri - Jelaskan strategi mengurangi nyeri - Anjurkan penggunaan farmakologis secara tepat - <i>Informed consent</i> terapi komplementer dengan akupresur	S: - Klien mengatakan akan minum obat nanti malam sebelum tidur - Klien menyetujui terapi komplementer O: - TD : 148/90 mmHg - N : 87x/m - Skala nyeri 4 (0-10)	Klien masih mengalami nyeri sedang 4 (0-10) dan tekanan darah tinggi 148/90 mmHg. Klien akan minum obat nanti malam. Terapi komplementer disetujui,	Fauziah
	2.	10.30 WIB	- Edukasi Aktivitas/Istirahat - Menjelaskan pentingnya aktivitas fisik bagi kesehatan dan kualitas tidur - Memberikan motivasi untuk terlibat dalam kegiatan kelompok - Monitoring kualitas tidur	S: - Klien mengatakan memahami pentingnya melakukan aktivitas fisik dan ikut dalam kegiatan kelompok - Klien mengatakan tidak cukup tidur malam O: - Klien terlibat aktif saat berdiskusi - Klien masih terlihat belum antusias dan semangat dengan kegiatannya	Klien memahami pentingnya melakukan aktivitas fisik bagi kesehatan dan kualitas tidur	Fauziah

	3.	10.50 WIB	- Mengidentifikasi faktor jatuh - Mengidentifikasi risiko jatuh - Monitor kejadian jatuh	S: - klien mengatakan sudah berusia 84 tahun - klien mengalami gangguan penglihatan, tidak dapat melihat O: - Klien tidak dapat melihat - <i>Faal Functional Reach</i> 18 cm (Risiko jatuh 2 kali lebih besar) - Hasil pemeriksaan TUG 12 detik (Risiko ringan untuk jatuh)		Fauziah
5 Maret 2025	1.	10.00 WIB	- Mengkaji intensitas nyeri dengan skala numerik - Mengkaji tekanan darah dan nadi	S: - Klien mengatakan nyeri kepala terasa berdenyut-denyut, skala 4 (0-10) O: - TD : 146/90 mmHg - N :87x/m - Klien tampak meringis memegang kepala	klien mengalami nyeri sedang skala 4 (0-6) dengan tekanan darah 146/ 90 mmHg	Fauziah
		10.15 WIB	- Memberikan terapi komplementer akupresur pada titik GB20 di bagian belakang	S: - klien mengatakan kepala terasa sedikit lebih ringan	Klien menunjukan respon yang baik terhadap terapi, klien	

			kepala dan di titik GB21 di bahu, dengan durasi masing-masing selama 8 menit	O: - klien tampak lebih tenang - ekspresi wajah rileks	mulai tampak terlihat tenang dan sedikit rileks	
	10.32 WIB	-	Selanjutnya pada titik L14 di punggung tangan antara ibu jari dan ibu telunjuk dan di titik LR3 di punggung kaki di sela antara ibu jari dan jari kedua kaki, dengan durasi masing-masing 8 menit	S: - klien mengatakan kepala terasa lebih ringan dan nyeri kepala sedikit berkurang O: - klien tampak lebih tenang - ekspresi wajah rileks	Selama pemberian terapi akupresur klien kooperatif, nyeri berkurang	Fauziah
	11.30 WIB	12. Mengkaji intensitas nyeri setelah dilakukan terapi akupresur 13. Mengkaji tekanan darah dan nadi setelah dilakukan terapi akupresur		S: - klien mengatakan nyeri berkurang, skala 3(0-10) O: - TD: 145/84 mmHg - N: 85x/m - Ekspresi meringis menurun wajah lebih rileks dibanding sebelum terapi	Setelah pemberian terapi akupresur terhadap penurunan skala nyeri, namun skala nyeri masih 3(0-10) dan tekanan darah 145/84 mmHg. Pemberian terapi dilanjutkan.	Fauziah

	2.	10.50 WIB	- Memberikan edukasi tentang pentingnya menjaga pola tidur teratur - Menganjurkan klien agar tidak tidur siang terlalu lama dan menjadwalkan waktu tidur siang	S: - Klien mengatakan sulit tidur malam O: - Klien fokus mendengarkan dengan seksama S: - Klien mengatakan akan mencobanya O: - Klien membatasi tidur siang 30 menit	Klien memahami pentingnya menjaga pola tidur yang teratur untuk kesehatan. Waktu tidur siang klien lebih terkontrol	Fauziah
	3.	11.00 WIB	- Menganjurkan klien berkonsentrasi saat berjalan	S: - Klien mengatakan mengerti dengan instruksi yang diberikan O: - Tidak ada kejadian jatuh - Klien menggunakan tongkat sebagai alat bantu	Klien memahami instruksi untuk tetap berkonsentrasi saat berjalan	Fauziah
		11.30 WIB	- Memastikan lorong atau jalan yang dilalui bebas hambatan dan diberi pegangan	S: - klien mengatakan merasa lebih aman dan nyaman	Lingkungan aman, tidak ada kejadian jatuh	Fauziah

				O: - Klien berjalan dengan aman, tanpa tersandung atau kehilangan keseimbangan, dan tampak memanfaatkan pegangan dengan baik.		
6 Maret 2025	1.	10.00 WIB	- Sebelum melanjutkan pemberian terapi akupresur, evaluasi intensitas nyeri dan tekanan darah	S: - Klien mengatakan masih nyeri kepala berdenyut-denyut, skala nyeri 3(0-10) O: - Klien tampak mengerutkan dahi - TD : 145/88 mmHg	Nyeri menurun dibandingkan sebelumnya	Fauziah
		10.15 WIB	Melanjutkan terapi komplementer akupresur: - Titik GB20 (belakang kepala) selama 8 menit - Titik GB21 (bahu) selama 8 menit.	S: - Klien mengatakan kepala agak ringan, denyutan berkurang - Klien mengatakan merasa nyaman ketika diberikan terapi O: - Klien tampak rileks saat diberikan terapi	Nyeri berkurang, klien merasa rileks dan nyaman	Fauziah

		10.21 WIB	Selanjutnya: - Titik LI 4 di tangan kanan dan kiri selama 8 menit - Titik LR3 di kaki kanan dan kiri selama 8 menit	S: - Klien mengatakan nyeri berkurang O: - Wajah tampak rileks - Tidak tampak mengerutkan dahi		Fauziah
		11.20 WIB	Melakukan evaluasi setelah pemberian terapi	S: - Klien mengatakan nyeri kepala berkurang sudah tidak terlalu berdenyut denyut, skala nyeri menurun 2(0-10) O: - TD : 138/84 mmHg - Klien tampak rileks, tidak tampak mengerutkan dahi	Skala nyeri 2(0-10), TD 138/84 mmHg, mengalami penurunan, namun masih menimbulkan ketidaknyamanan dan tekanan darah masih tinggi.	Fauziah
	2.	11.00	Monitor pola tidur	S: - Klien mengatakan mengatakan masih sulit tidur - Klien baru bisa tidur tengah malam - Klien mengatakan tidur ≤ 5 jam	Kualitas tidur meningkat, klien tidur ≤ 5 jam	Fauziah

		11.05 WIB	Anjurkan menepati jadwal tidur yang sudah sepakati	O: - Klien tampak masih kurang tidur, klien berulang kali menguap S: - klien mengatakan akan mencoba tidur tepat waktu nanti malam O:	Klien mulai beradaptasi terhadap jadwal baru	Fauziah
	3.	11.10 WIB	Pencegahan jatuh - Mengorientasikan ulang perubahan tempat di griya lansia - Monitoring jatuh	S: - Tn.A mengatakan bahwa dirinya sudah mengetahui tata letak di griya lansia terutama aula, poliklinik, masjid. O: - Tn.A sangat aktif bertanya dan mengklarifikasi tempat dan tata letak di griya lansia	Tn.A mampu mengenali tata letak di griya lansia terutama jalan yang selalu dilewati dan tempat yang sering dikunjungi Klien sangat aktif bertanya dan mengklarifikasi mengenai tempat serta tata letak di griya lansia, menunjukkan peningkatan	Fauziah

					pengetahuan dan orientasi lingkungan.	
7 Maret 2025	1.	10.00 WIB	Sebelum melanjutkan pemberian terapi akupresur, evaluasi intensitas nyeri dan tekanan darah	S: - Klien mengatakan masih nyeri kepala berdenyut-denyut, skala nyeri 2(0-10) O: - Klien tampak mengerutkan dahi - TD : 136/88 mmHg	Nyeri menurun dibandingkan sebelumnya	Fauziah
		10.15 WIB	Melanjutkan terapi komplementer akupresur: - Titik GB20 (belakang kepala) selama 8 menit - Titik GB21 (bahu) selama 8 menit.	S: - Klien mengatakan kepala agak ringan, denyutan berkurang - Klien mengatakan merasa nyaman ketika diberikan terapi O: - Klien tampak rileks saat diberikan terapi	Nyeri berkurang, klien merasa rileks dan nyaman	Fauziah
		10.21 WIB	Selanjutnya: - Titik LI4 di tangan kanan dan kiri selama 8 menit - Titik LR3 di kaki kanan dan kiri selama 8 menit	S: - Klien mengatakan nyeri berkurang O: - Wajah tampak rileks	Selama pemberian terapi akupresur klien kooperatif, nyeri berkurang	Fauziah

		11.20 WIB	Melakukan evaluasi setelah pemberian terapi	- Tidak tampak mengerutkan dahi S: - Klien mengatakan nyeri kepala berkurang sudah tidak terlalu berdenyut denyut, skala nyeri menurun 1(0-4) O: - TD : 130/85 mmHg - Klien tampak rileks, tidak tampak mengerutkan dahi	Setelah pemberian terapi akupresur terhadap penurunan skala nyeri, namun skala nyeri masih 1(0-10) dan tekanan darah masih tinggi. Pemberian terapi dilanjutkan.	Fauziah
	2.	10.55 WIB	- Monitor kualitas tidur - Memfollow up aktivitas fisik - Memotivasi untuk aktif kegiatan	S: - Tn.A mengatakan bahwa tidurnya nyenyak. - Tn.A mengatakan kegiatan yang dilakukan di aula membuatnya tidurnya lebih lama karena merasa O: - Tidur malam ≤ 6 jam - Klien tampak segar tidak mengantuk - Klien tampak lebih bersemangat beraktivitas		Fauziah

	3.	11.00 WIB	Mempertahankan lingkungan yang aman (pencahayaan cukup, jalur bebas hambatan).	S: - Klien mengatakan merasa lebih tenang berjalan di jalur yang sudah dikenali O: - Klien mampu berjalan dengan tongkat tanpa tersandung. Tidak tampak kehilangan keseimbangan.	Tidak ada kejadian jatuh	Fauziah
--	----	--------------	--	--	--------------------------	---------

3.1.1. Evaluasi

DX	TGL/JAM	SOAP	PARAF
1	08-03-2025 10.11	S : - Klien mengatakan nyeri kepala sudah menurun, saat ini nyeri hanya ringan dengan skala 1(0-10) O: - Klien tampak rileks dan tidak lagi meringis - Ekspresi wajah tenang - Skala nyeri setelah akupresur 1 (0-10) (nyeri ringan) - TD: 130/80 mmHg A: Nyeri akut teratasi, klien menunjukkan perbaikan signifikan setelah terapi akupresur P: - Pertahankan pola hidup sehat (cukup tidur, hidrasi, hindari stres) - hentikan terapi	Fauziah

2	08-03-2025	S: - Tn.A mengatakan tidur lebih nyenyak, hanya terbangun sekali dan bisa melanjutkan tidur kembali. - Tn. A mengatakan ketika bangun merasa lebih segar. O: - Klien tampak segar dan tidak mengantuk - Klien tampak lebih bersemangat beraktivitas. - Lingkaran hitam di bawah mata berkurang. - Tidur malam ± 6 jam. A: Gangguan pola tidur teratasi P: Pertahankan pola tidur yang sudah terbentuk	Fauziah
3	08-03-2025	S: - Tn.A mengatakan sudah tau betul tata letak griya lansia khususnya arah ke aula, masjid, poliklinik. - Tn.A mengatakan tidak ada riwayat jatuh untuk 1 tahun terakhir, Tn.A tidak ingat kapan terakhir kali jatuh O: - Tidak ada jatuh	Fauziah

		- Tn.A tampak menguasai jalan dengan bantuan tongkatnya. A: Masalah teratasi sebagian karena harus dilakukan pemantauan secara berkala P: - Pertahankan modifikasi lingkungan yang aman. - Libatkan istri untuk selalu mendampingi saat mobilisasi di area baru. - Lakukan evaluasi ulang risiko jatuh secara berkala.	
--	--	--	--

3.2. Pembahasan

Proses keperawatan telah dilaksanakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn.A selama 3 hari. Selama dilapangan penulis tidak ada kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien. Setelah penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan dan intervensi berdasarkan *evidence based practice* (EBP) yang berhubungan dengan kasus Nyeri akut akibat hipertensi ternyata mendapatkan hasil positif dimana masalah keperawatan pada klien dapat teratasi dengan baik. Maka dari itu, penulis akan membahas fakta dilapangan mengenai kasus yang diperoleh adalah sebagai berikut :

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses asuhan keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian adalah proses untuk mengumpulkan data dalam menentukan diagnosis keperawatan.

Berdasarkan data yang diperoleh melalui proses pengkajian pada tanggal 4 Maret 2025 kepada Tn.A didapatkan data bahwa klien mengeluh nyeri kepala, nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas nyeri dirasakan berdenyut – denyut, nyeri di bagian belakang kepala dan menjalar ke area tengkuk, skala nyeri 4 (0-10), mengeluh lemas serta ditemukan peningkatan tekanan darah pada Tn.A yaitu 148/90 mmHg dan nadi 87x/m yang diakibatkan oleh resistensi pembuluh darah di otak sehingga menyebabkan nyeri kepala pada Tn.A. Menurut Kemenkes (2021), tanda dan gejala dari hipertensi yaitu, seperti pusing, sakit kepala, kelelahan, mual,

muntah, sesak nafas, gelisah, serta pandangan menjadi kabur. Selain itu, terjadi gangguan pola tidur yang diakibatkan oleh kesulitan tidur atau terjadinya gangguan tidur manifestasi dari gejala hipertensi berupa pusing dan sakit kepala yang menjalar ke daerah tengkuk sehingga mengganggu aktivitas tidur Tn.A.

Pengkajian status fungsional pada Tn.A didapatkan nilai KATZ Indeks klien termasuk dalam Katz Indeks A, klien dapat melakukan kemandirian dalam semua hal seperti mandi, berpakaian, ke kamar mandi, berpindah, kontinen BAB/BAK, dan makan, klien bergantung dengan tongkat dalam berjalan, perpindahan kerana klien tunanetra.

Hipertensi disebabkan karena terjadi perubahan struktur pembuluh darah sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah, kemudian terjadi vasokonstriksi dan terjadi gangguan sirkulasi pada otak maka resistensi pembuluh darah otak meningkat dan menyebabkan terjadinya nyeri kepala pada penderita hipertensi (Santi, 2023).

2.2.2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (DPP PPNI SDKI, 2017). Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dan individu dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara jelas untuk meningkatkan status kesehatan klien.

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan penulis pada kasus Tn. A ada tiga diagnosis keperawatan yang muncul yaitu: Nyeri Akut, Gangguan Pola Tidur, dan Risiko Jatuh. Diagnosis-diagnosis yang diangkat pada kasus yaitu berdasarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien, dari delapan diagnosis yang ada pada teori penulis hanya mengangkat tiga diagnosis pada kasus karena dari hasil pengkajian yang telah dilakukan hanya menemukan permasalahan yang sesuai dengan tiga diagnosis tersebut.

1. Nyeri Akut

Berdasarkan data yang diperoleh melalui proses pengkajian pada tanggal 4 Maret 2025 kepada Tn.A didapatkan data bahwa klien mengeluh nyeri kepala, nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas nyeri dirasakan berdenyut - denyut, nyeri di bagian belakang kepala dan menjalar ke area tengkuk, skala nyeri 4 (0-10), nyeri dirasakan ketika tekanan darah tinggi.

Menurut SDKI dari PPNI tahun 2017 nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat, dan berintensitas ringan hingga berat, yang berlangsung kurang dari 3 bulan, yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi: tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Disertai tanda dan gejala minor meliputi: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

Sesuai data pengkajian nyeri akut yang timbul pada klien karena adanya peningkatan tekanan darah disebabkan karena terjadi perubahan struktur pembuluh darah sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah, kemudian terjadi vasokonstriksi dan terjadi gangguan sirkulasi pada otak maka resistensi pembuluh darah otak meningkat dan menyebabkan klien merasakan nyeri kepala.

2. Gangguan Pola Tidur

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 4 Maret 2025 didapatkan data bahwa Tn.A klien mengatakan sulit tidur, sering terjaga merasa tidur tidak cukup, istirahat tidur klien tidak tercukupi tidur malam selama 2-3 jam, klien suka tidur di pagi atau siang hari. Hal tersebut menunjukkan bahwa klien mengalami gangguan pola tidur khususnya pada jenis, frekuensi dan jam tidur klien.

Menurut SDKI dari PPNI tahun 2017 gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal, yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi: mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah dan mengeluh istirahat tidak cukup. Disertai tanda dan gejala minor meliputi: mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

Sesuai data pengkajian, gangguan pola tidur pada klien hipertensi disebabkan karena pada beberapa penderita hipertensi mengalami pergeseran pola tidur alami akibat gangguan sistem kardiovaskular dan hormonal. Hal ini membuat mereka sulit tidur pada waktu yang seharusnya dan mudah terbangun

di malam hari, nyeri kepala dirasakan pada malam hari dapat membuat klien sulit tidur dan sering terbangun dan pola tidur menjadi berubah.

3. Risiko Jatuh

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 4 Maret 2025 didapatkan data bahwa Tn.A berusia 84 tahun, klien tidak dapat melihat (tunanetra), klien berjalan dengan bantuan tongkat. Berdasarkan hasil pemeriksaan Faal Functional Reach pada klien adalah 19 cm (Risiko jatuh 2 kali lebih besar) dan hasil pemeriksaan TUG pada klien adalah 12 detik (Risiko ringan untuk jatuh).

Menurut SDKI dari PPNI tahun 2017 risiko jatuh merupakan berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh dengan faktor risiko: usia ≥ 65 tahun, riwayat jatuh, kekuatan otot menurun, gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan dan lain-lain. Sesuai data pengkajian, risiko jatuh pada klien di sebabkan karna sakit kepala, usia lanjut klien berusia 84 tahun dan tidak dapat melihat (tunanetra).

Adapun diagnosis yang muncul di teori berjumlah delapan diagnosis tetapi yang sesuai dengan kasus penulis sejumlah tiga, diagnosis yang tidak muncul pada kasus ini yaitu:

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif

Untuk menegaskan diagnosis tersebut harus ada data yang mendukung, tetapi di kasus penulis tidak didapatkan tanda dan gejala mayor yang mendukung seperti pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, serta tanda dan gejala minor yang mendukung seperti parestesia, nyeri

ekstremitas (klaudikasio intermittens), edema, penyembuhan luka lambat. Penulis tidak menemukan tanda dan gejala mayor maupun minor pada klien, sehingga penulis tidak menegakkan diagnosis perfusi perifer tidak efektif.

2. Penurunan Curah Jantung

Untuk menegakkan diagnosis tersebut harus ada data yang mendukung, tetapi di kasus penulis tidak didapatkan tanda dan gejala mayor yang mendukung seperti perubahan irama jantung palpitasi, perubahan *preload* lelah, perubahan *afterload dyspnea*, perubahan kontraktilitas *paroxysmal nocturnal dyspnea*, ortopnea batuk, serta tanda dan gejala minor yang mendukung seperti tekanan darah meningkat menurun, nadi perifer teraba lemah, *capillary refill time* > 3 detik, oliguria warna kulit pucat atau sianosis. Penulis hanya menemukan satu tanda dan gejala minor pada klien yaitu tekanan darah meningkat, sehingga penulis tidak menegakkan diagnosis gangguan mobilitas fisik

3. Intoleransi Aktivitas

Untuk menegakkan diagnosis tersebut harus ada data yang mendukung, tetapi di kasus penulis tidak didapatkan tanda dan gejala mayor yang mendukung seperti mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat, serta tanda dan gejala minor yang mendukung seperti dispnea saat atau setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas merasa lemas, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG

menunjukkan iskemia, sianosis. Penulis tidak menemukan tanda dan gejala mayor maupun minor pada klien, sehingga penulis tidak menegakkan diagnosis intoleransi aktivitas.

2.2.3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala perlakuan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. (SIKI,2018).

Intervensi keperawatan adalah suatu perencanaan keperawatan pada klien sesuai dengan diagnosis keperawatan untuk mengatasi masalah atau memenuhi kebutuhan klien dengan cara merumuskan tujuan, rencana tindakan dan kriteria hasil atau kemajuan pada klien.

1. Nyeri akut

Untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut, penulis menetapkan satu intervensi utama, yaitu manajemen nyeri, yang dikombinasikan dengan pemberian terapi komplementer akupresur. Intervensi ini dipilih karena bersifat non-farmakologis, minim efek samping, dan dapat meningkatkan kenyamanan pasien secara alami melalui stimulasi titik-titik tertentu pada tubuh. Dimana manajemen nyeri memuat 11 tindakan meliputi 6 observasi, 4 terapeutik dan 1 kolaborasi serta terapi relaksasi memuat 9 tindakan meliputi 2 observasi, 3 terapeutik dan 4 edukasi. Penulis menetapkan tujuan setelah 3 kali pertemuan selama 48 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dengan skala 1 (0-10), tidak meringis, pola tidur membaik,

frekuensi nadi rentang normal (60-100x/menit) dan tekanan darah rentang normal (<140/90 mmHg).

2. Gangguan pola tidur

Untuk masalah gangguan pola tidur penulis menetapkan 1 intervensi keperawatan yaitu dukungan tidur. Dimana dukungan tidur memuat 3 tindakan meliputi 3 observasi dan 5 edukasi. Penulis menetapkan tujuan setelah 3 kali pertemuan selama 30 menit diharapkan keluhan sulit tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun dan keluhan tidak puas tidur menurun.

3. Risiko jatuh

Untuk masalah risiko jatuh penulis menetapkan 1 intervensi keperawatan yaitu pencegahan jatuh. Dimana pencegahan jatuh memuat 8 tindakan meliputi 5 observasi dan 3 edukasi. Penulis menetapkan tujuan setelah 3 kali pertemuan selama 30 menit diharapkan tidak ada kejadian jatuh dengan kriteria hasil tidak mengalami jatuh dari tempat tidur, tidak mengalami jatuh saat berjalan dan tidak mengalami jatuh saat duduk.

2.2.4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi (DPP PPNI SDKI, 2017). Implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat guna membantu klien dalam mencapai tujuannya.

1. Nyeri Akut

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi manajemen nyeri, yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi, mengidentifikasi respon nyeri *non verbal*, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan terapi akupresur, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri melalui terapi akupresur, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri melalui terapi akupresur, kolaborasi pemberian farmakologi. Serta intervensi terapi relaksasi, yaitu: memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah terapi akupresur, memonitor respons terhadap terapi akupresur, menciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan, memberikan informasi tentang persiapan dan prosedur Teknik terapi akupresur, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi: terapi akupresur, menganjurkan mengambil posisi yang nyaman, menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.

2. Gangguan Pola Tidur

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi dukungan tidur yaitu: mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan

mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), menjelaskan pentingnya tidur cukup, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, menganjurkan mengatur posisi untuk meningkatkan kenyamanan, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam 4-2-8.

3. Risiko Jatuh

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi pencegahan jatuh yaitu: mengidentifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang), menghitung risiko jatuh dengan menggunakan *Screening Faal Functional Reach (FR) Test* dan *Time Up and Go (TUG) Test*, memonitor kemampuan berpindah, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri, menganjurkan berjalan perlahan.

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan klien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

1. Nyeri Akut

Pada tujuannya ditetapkan bahwa setelah 3 kali pertemuan selama 48 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dengan skala 1(0-10), tidak meringis, pola tidur membaik, frekuensi nadi rentang normal (60-100x/menit) dan tekanan darah rentang normal (<140/90 mmHg). Setelah intervensi pada pertemuan ke-3 tanggal 10-07-2025, didapatkan hasil nyeri menurun dari skala 4 (0-10) menjadi 1 (0-10), pola tidur membaik, frekuensi nadi 86x/menit, dan tekanan darah 120/80 mmHg. Dapat disimpulkan bahwa nyeri akut dapat teratasi.

2. Gangguan Pola Tidur

Pada tujuannya ditetapkan bahwa setelah 3 kali pertemuan selama 48 menit diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun dan keluhan tidak puas tidur menurun. Setelah intervensi pada pertemuan ke-3 tanggal 10-07-2025, didapatkan hasil klien tidur siang selama 1 jam, keluhan sulit tidur menurun karena klien tidur sebelum pukul 21.00 WIB, istirahat cukup karena klien tidur selama 7 jam dan klien tertidur nyenyak. Dapat disimpulkan bahwa gangguan pola tidur teratasi.

3. Risiko Jatuh

Pada tujuannya ditetapkan bahwa setelah 3 kali pertemuan selama 48 menit diharapkan tidak ada kejadian jatuh dengan kriteria hasil tidak mengalami jatuh dari tempat tidur, tidak mengalami jatuh saat berjalan dan tidak mengalami jatuh saat duduk. Setelah intervensi pada

pertemuan ke-3 tanggal 08-03-2025, didapatkan hasil klien tidak mengalami jatuh.

Untuk risiko jatuh hanya teratasi sebagian dikarenakan untuk pemantauan pencegahan jatuh harus dilakukan secara kontinyu untuk melihat kondisi kesehatan Tn.A secara berkala.

2.2.6. Analisis *Evidence Based Practice* Terapi Akupresur

Terapi akupresur dapat dilakukan pada klien dengan hipertensi yang sesuai dengan 5 jurnal penelitian dengan hasil asuhan keperawatan ini dilakukan dengan memberikan intervensi akupresur selama 3 hari pertemuan. Terapi akupresur dilakukan selama 15-20 detik pertekanan sebanyak 30 kali. Hasil asuhan keperawatan menunjukkan skala nyeri sebelum dilakukan intervensi terapi akupresur rata-rata pada skala sedang (4-6). Kemudian setelah diberikan intervensi terapi akupresur rata-rata pada skala ringan (1-3). Berdasarkan hasil tersebut, penulis menemukan bahwa dengan terapi akupresur mampu menurunkan skala nyeri kepala pada penderita hipertensi.

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada Tn.A untuk masalah keperawatan nyeri kepala yaitu dengan terapi akupresur sebagai suatu cara pengobatan nonfarmakologi untuk pasien hipertensi. Intervensi keperawatan yang penulis lakukan mengacu pada artikel yang penulis telaah, dimana dari ke lima artikel tersebut didapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terapi akupresur terhadap tingkat nyeri kepala klien hipertensi, karena terapi akupresur mampu merangsang titik-titik

tertentu pada tubuh yang berhubungan dengan sistem saraf dan peredaran darah. Stimulasi pada titik akupresur ini meningkatkan pelepasan endorfin dan serotonin yaitu neurotransmitter yang berfungsi sebagai analgesik alami tubuh, sehingga menurunkan persepsi nyeri. Selain itu, akupresur juga membantu melancarkan sirkulasi darah, menurunkan ketegangan otot, serta menstabilkan tekanan darah. Kombinasi efek fisiologis ini menyebabkan penurunan tingkat nyeri kepala secara signifikan pada klien hipertensi setelah dilakukan terapi akupresur.

Penulis melakukan implementasi pada Tn.A selama 3 hari dengan durasi 15-20 detik sebanyak 30 kali, terapi akupresur efektif digunakan untuk menurunkan skala nyeri kepala pada hipertensi. Tahapan akupresur yaitu posisikan klien dengan nyaman, bisa dalam posisi duduk atau berbaring, tergantung kondisi. gunakan minyak atau lotion agar tekanan pada kulit terasa lembut dan tidak menimbulkan iritasi. selanjutnya, menentukan titik-titik akupresur yang akan diberikan tekanan. Pada klien dengan nyeri kepala akibat hipertensi, beberapa titik utama yang sering digunakan meliputi: **GB20**, Titik ini berada di bagian belakang kepala, tepat di bawah tulang oksipital (tulang tengkuk), di antara otot sternokleidomastoideus dan trapezius. Untuk menemukannya, letakkan jari pada bagian belakang leher di bawah tulang tengkorak; titik terasa seperti lekukan kecil di sisi kanan dan kiri tulang leher. **GB21** terletak di bahu bagian atas, di tengah antara pangkal leher dan ujung bahu. Untuk menemukannya, minta klien merelakan bahunya; titik berada di bagian

tertinggi otot bahu saat disentuh. **LI4**, berada di punggung tangan, di antara ibu jari dan jari telunjuk, tepat di tengah tonjolan otot saat jari-jari dirapatkan. **LR3**, berada di punggung kaki, di antara jari kaki pertama dan kedua, sekitar dua jari ke arah punggung kaki dari sela jari tersebut.

Setelah seluruh titik diberikan tekanan, terapi diakhiri dengan pemijatan ringan di area kepala dan bahu untuk meningkatkan relaksasi. Klien dibiarkan beristirahat sejenak dalam posisi nyaman. Terapis kemudian melakukan evaluasi dengan menanyakan tingkat nyeri klien menggunakan skala nyeri numerik (NRS) serta mengamati tanda-tanda relaksasi seperti wajah tenang, pernapasan teratur, dan ekspresi nyaman. Hasil evaluasi dicatat sebagai bagian dari dokumentasi keperawatan. Setelah diberikan terapi akupresur Tn.A selama 3 hari berturut-turut didapatkan hasil bahwa pemberian terapi akupresur efektif dapat menurunkan nyeri dalam waktu 3 hari, Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (I Nyoman BudiKerti, Andy Nuriyanto 2024) dengan judul " Pengaruh Terapi Akupresur Terhadap Perubahan Skor Nyeri Kepala Pada Lansia Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Labanan " dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa kompres hangat kayu manis secara signifikan dapat menurunkan nyeri, setiap harinya skala nyeri menurun 1.

2.2.7. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan sebuah catatan yang mencakup kondisi pasien dari aspek bio-psiko-sosial-spiritual serta semua aktivitas atau tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk pasien mulai dari kedatangan pasien di rumah sakit hingga pasien pulang (Rahmayanti, 2024).

Selama proses mendokumentasikan perawatan pada lansia ini, penulis mengalami kesulitan. Namun berkat adanya teori, dan berbagai sumber serta bimbingan dari dosen pembimbing penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan gerontik ini mulai dari tahap pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan hingga evaluasi keperawatan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan

Setelah melakukan pengkajian pada Tn.A didapatkan hasil sebelum dilakukan terapi akupresur klien mengalami nyeri kepala dengan skala 4 (0-10), setelah dilakukan terapi akupresur sekali nyeri kepala menurun menjadi 1 (0-10). Untuk kesimpulan lebih lanjut diuraikan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil pengkajian terhadap Tn.A didapatkan hasil sebelum dilakukan terapi akupresur klien mengalami nyeri kepala. Nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas, nyeri dirasakan seperti berdenyut, nyeri di bagian belakang kepala dan menjalar ke area tengkuk, dengan skala nyeri 4 (0-10), nyeri dirasakan saat tekanan darah meningkat.
2. Berdasarkan hasil analisis data yang dilakukan pada Tn.A terdapat 3 diagnosis keperawatan yang muncul, diantaranya nyeri akut, gangguan pola tidur, dan risiko jatuh.
3. Pada tahap perencanaan, intervensi yang digunakan dalam menyelesaikan masalah pada Tn.A berfokus pada intervensi manajemen dan terapi akupresur.
4. Pada tahap implementasi keperawatan tidak ditemukan adanya hambatan, karena Tn.A dapat bekerja sama dan kooperatif sehingga rencana yang sudah ditentukan dapat dilaksanakan dan masalah dapat terselesaikan sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan. Tindakan keperawatan difokuskan

pada perencanaan yang ditetapkan dan untuk masalah utama yang sesuai dengan *evidence based practice* yaitu dengan terapi akupresur.

5. Pada tahap evaluasi keperawatan, dari ketiga diagnosis keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur dan risiko jatuh, semua masalah teratasi.
6. Tahap *evidence based practice*, pemberian terapi akupresur terdapat kesesuaian antara hasil analisis literatur yang telah dilakukan dengan tinjauan kasus yang telah penulis selesaikan, dimana pemberian terapi akupresur terbukti efektif dan sangat membantu penulis dalam menyelesaikan masalah nyeri pada Tn.A.
7. Penulis melakukan pendokumentasian yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan sampai evaluasi keperawatan dengan menggunakan SDKI, SLKI, dan SIKI.

4.2. Saran

1. Bagi Klien

Klien diharapkan dapat mempertahankan tingkat kemandirian dan kemampuan klien dalam menjaga kesehatan seperti rutin melakukan pemeriksaan tekanan darah dan minum obat secara rutin.

2. Bagi Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut

Dapat dijadikan pertimbangan pihak Satuan Pelayanan Griya Lansia Kabupaten Garut untuk menerapkan terapi non farmakologi dalam

memberikan asuhan keperawatan untuk mengurangi nyeri kepala dengan terapi akupresur.

3. Bagi Mahasiswa peneliti

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya agar dapat mengaplikasikan terapi non farmakologi akupresur.

DAFTAR PUSTAKA

- Afra, M., Iskandar, I., & Tharida, M. (2023). Pengaruh Kompres Hangat & Akupresur terhadap Penurunan Nyeri Kepala pada Lansia Hipertensi di Desa Lhok Bengkuang Timur Kecamatan Tapaktuan Kabupaten Aceh Selatan. *JOURNAL OF HEALTHCARE TECHNOLOGY AND MEDICINE*, 9(2), 1084-1093.
- Andika, D. B., Halim, W., & Faisah, N. (2025). The Relationship Between Body Mass Index (BMI) and Age on Hypertension in Adults Aged 18-60 Years at the Sangurara Health Center in 2023. *Journal of Medical and Health Research*, 1(02), 43-47.
- Cita, EECEE, & Ka'arayeno, AJ (2022). Pemberdayaan Masyarakat dengan Akupresur Mandiri untuk Mengatasi Nyeri Kepala pada Pasien Hipertensi: Pemberdayaan Masyarakat dengan Self Acupressur untuk Atasi Sakit Kepala pada Penderita Hipertensi. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat: Kesehatan* , 2 (4), 7-14.
- Haryani, S., & Misniarti, M. (2020). Efektivitas Akupresure dalam Menurunkan Skala Nyeri Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas. *Jurnal Keperawatan Raflesia*, 2(1), 21-30.
- Hidayat, A.A. (2020). *Akupresur sebagai terapi komplementer pada pasien hipertensi*. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 14(3), 101–109.
- Jamiatun, J., Ifadah, E., Kalsum, U., Sholiha, N., Hidayah, N., & Marlina, T. (2024). Hubungan Riwayat Merokok dan Hipertensi Dengan Percutaneous Coronary Intervention Berulang Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner di RS Sentra Medika Cislak. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 14(2), 105-114.
- Kerti, I. N. B., & Nuriyanto, A. (2024). PENGARUH TERAPI AKUPRESUR TERHADAP PERUBAHAN SKOR NYERI KEPALA PADA LANSIA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LABANAN. *Jurnal Keperawatan Wiyata*, 5(1), 52-56.
- Kemenkes. (2024). Mengenal Penyakit Hipertensi. <https://upk.kemkes.go.id/new/mengenal-penyakit-hipertensi>
- Kurnianti, M. A. (2024). EFEKTIVITAS PIJAT AKUPRESURE TERHADAP NYERI KEPALA LANSIA DENGAN HIPERTENSI. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 12(3), 227-235.
- LORENTINA, D. I. Q. A. (2024). *EFEKTIVITAS TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF TERHADAP MEAN ARTERIAL PRESSURE PADA LANSIA PENDERITA HIPERTENSI* (Doctoral dissertation, Universitas Duta Bangsa Surakarta).

- Ngurah, G. (2020). Gambaran asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri. *Jurnal Gema Keperawatan*, 13(1), 35-42.
- Noviyanti, N., Imamah, I. N., & Listyorini, D. (2025). PENERAPAN TERAPI RELAKSASI GENGAM JARI DAN NAFAS DALAM TERHADAP TEKANAN DARAH PADA LANSIA HIPERTENSI DI RSUD KARANGANYAR. *Indonesian Journal of Public Health*, 3(2), 277-292.
- Nurhayati, N., & Apriansyah, F. (2024). EDUKASI DAN PELATIHAN KELOMPOK HIPERTENSI TENTANG TERAPI AKUPRESURE PADA TITIK TAICHONG DAN HEGU ACUPOINT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MARTAPURA 1 KABUPATEN BANJAR. *Jurnal Rakat Sehat: Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(2), 125-132.
- PPNI, P. D. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP
- PPNI, P. D. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI, P. D. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Prabasari, NA, Sukmawati, E., & Ardhanawati, S. (2024). Gambaran Terjadinya Hipertensi Pada Usia Lanjut Di Komunitas. *Jurnal Ners LENTERA* , 12 (1), 10-18.
- Pramiyanti, N. P. O., Putra, P. W. K., & Wulandari, N. P. D. (2024). Pengaruh Akupresur terhadap Nyeri Kepala dan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi di Rumah Sakit Ari Canti Gianyar. *Bali Health Published Journal*, 6(1), 53-71.
- Purqoti, DNS, Rusiana, HP, Oktaviana, E., Prihatin, K., & Risnawati, BH (2021). Pengenalan terapi non farmakologi untuk menurunkan nyeri kepala pada pasien hipertensi. *Jurnal Abdimas Kesehatan Perintis* , 2 (2), 11-16.
- Rizka Puspita Q, R. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG BABAKAN CAAH KELURAHAN GALIH PAKUON KECAMATAN LIMBANGAN KAB. GARUT* (Doctoral dissertation, STIKes Karsa Husada Garut).
- Saimi, S. K. M., & Sartika, H. A. *Cegah Hipertensi: Kenali Pencetus dan Temukan Solusi*. Penerbit Adab.
- Sakti, I. P., & Luhung, M. (2024). The Relationship Between Nursing Agency and Self Care Behavior In Hypertensive Elderly. *Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 12(3), 446-455.
- Saputra, S., & Huda, SA (2023). Penurunan Nyeri Kepala Melalui Teknik Relaksasi Autogenic Pada Penderita Hipertensi. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan* , 14 (1), 345-353.

- Surya, D. O., & Yusri, V. (2022). Efektifitas terapi slow stroke back massage terhadap nyeri kepala pasien hipertensi. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 7(4).
- Supriyanto, S., & Kusuma, A. N. H. (2023). Optimalisasi Terapi Akupresur Terhadap Kecemasan Pasien Akut Miokard Infark Di Ruang Icu Rumah Sakit Di Surakarta. *Bengawan Nursing Journal*, 1(01), 13-24.
- Sutriyanti, Y., Haryani, S., Buana, C., & Aji, R. (2023). MEMBEKALI USAHA MANDIRI LULUSAN PRODI D3 KEPERAWATAN CURUP MELALUI PELATIHAN AKUPRESUR. *Aptekmas Jurnal Pengabdian pada Masyarakat*, 6(2), 198-204.
- Wijaya, A. K., Suliyanti, D., Andari, F. N., & Husin, H. (2024). PENCEGAHAN HIPERTENSI MELALUI PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN PADA LANSIA: PENCEGAHAN HIPERTENSI MELALUI PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN PADA LANSIA. *JURNAL PENGABDIAN KESEHATAN*, 3(1), 5-

LAMPIRAN

Lampiran I

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI AKUPRESUR

A. Pengertian akupresur

Akupresur merupakan terapi dengan cara menekan titik akupuntur menggunakan jari atau benda tumpul sehingga tidak melukai tubuh, tidak memiliki efek samping dan mudah dipelajari. Pemberian teknik akupresur ini dapat melancarkan peredaran darah, mengurangi stress sehingga nyeri dapat berkurang (Haryani & Msniarti, 2020).

B. Manfaat Terapi Akupresur

1. Meredakan nyeri
2. Menurunkan tekanan darah
3. Mengurangi stres dan kecemasan
4. Meningkatkan kualitas tidur

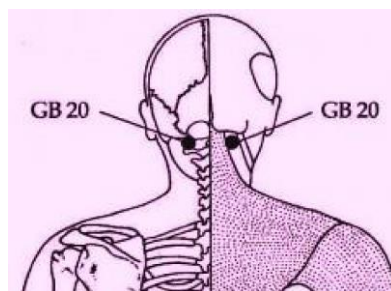
C. Prosedur Terapi Akupresur

1. Identifikasi klien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/nomor rekam medis).
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Persiapan

- a. Alat yang dibutuhkan : tensimeter, *handscoon*, minyak zaitun, tisu/handuk kecil
 - b. Gunakan pakaian longgar, menyerap keringat dan nyaman untuk digunakan
 - c. Pastikan pasien sudah makan sebelum terapi dan tidak dalam kondisi terlalu kenyang
 - d. Pastikan pasien dalam keadaan rileks dan nyaman
 - e. Jelaskan teknik dasar prosedur yang akan dilakukan dengan cermat agar bisa dimengerti oleh klien, selanjutnya minta persetujuan untuk melakukan terapi
 - f. Atur posisi klien dengan memposisikan duduk
 - g. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital: TD, nadi, pernapasan dan suhu
 - h. Melakukan *pre-test* dengan menilai tingkat nyeri kepala menggunakan NRS
 - i. Menjelaskan lama waktu terapi dengan durasi 15-20 detik per tekanan sebanyak 30 kali
 - j. Pemeriksaan post-test dengan menilai TTV, skala nyeri
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 5. Pasang Handscoon
 6. Pelaksanaan Akupresur:

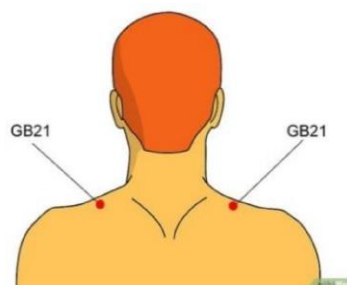
Lakukan tekanan menggunakan ibu jari atau jari tengah pada titik-titik akupresur berikut dengan durasi 15-20 detik per tekanan sebanyak 30 kali:

- a. Lakukan tekanan dengan ibu jari pada titik GB 20, pada lekukan kiri kanan di belakang kepala 1 cm diatas batas rambut. Durasi 8 menit, intensitas tekanan sedang.



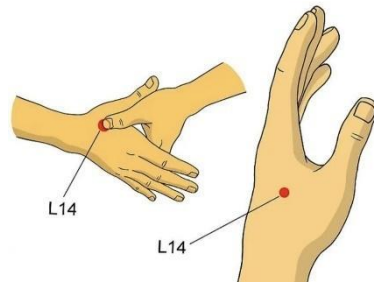
Gambar Titik GB 20

- b. Lakukan tekanan dengan ibu jari pada titik GB 21 berada pada di atas bahu di tengah-tengah antara ujung bahu dan tulang belakang, durasi 8 menit.



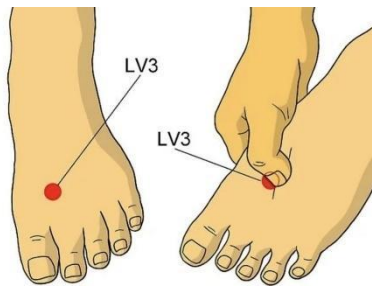
Gambar Titik GB 21

- c. Lakukan tekanan dengan ibu jari pada titik L1 4 berada ketika telunjuk dan ibu jari dirapatkan terdapat tonjolan tertinggi di punggung tangan di antara metacarpal 1 dan 2, durasi masing-masing 8 menit.



Gambar Titik L14

- d. Lakukan tekanan dengan ibu jari pada titik LR 3 berada di punggung kaki pada cekungan antara pertemuan tulang metatarsal pertama (jempol) dan tulang metatarsal kedua (jari telunjuk kaki), durasi masing-masing 8 menit.



Gambar Titik LR 3

Lampiran II

Standar Operasional Prosedur Pengukuran Skala Nyeri

A. Definisi Nyeri

Suatu tindakan yang dilakukan untuk mengetahui skala nyeri pada pasien.

B. Tujuan

Untuk mengetahui tindakan apa yang dilakukan untuk mengurangi nyeri.

C. Prosedur Pelaksanaan

No	Tindakan yang dilakukan
1.	Fase Orientasi
	a) Mengucapkan salam b) Memperkenalkan diri c) Menjelaskan prosedur
2.	Prosedur
	a) Lakukan pengkajian skala, Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri b) Observasi reaksi non verbal c) Gunakan Teknik komunikasi terapeutik untuk pengalaman nyeri pasien d) Skala nyeri ini dapat digunakan untuk dewasa/lansia e) Lakukan pengukuran skala nyeri dengan menggunakan skala nyeri angka, gunakan garis lurus di mana garis awalnya menunjukkan “tidak ada rasa nyeri” garis Tengah yang menunjukkan “nyeri sedang” dan aris akhir yang menunjukkan nyeri hebat f) Penilaian skala nyeri dengan meminta pasien kepada klien untuk memilih angka yang mewakili rasa nyeri mereka, dengan keterangan: 0-1 Tidak ada nyeri 2-3 Nyeri ringan (secara objektif klien masih bisa berkomunikasi)

	4-6 Nyeri sedang (secara objektif klien menyeringai, sanggup menunjukan lokasi nyeri, bisa mendeskripsikan nyeri, bisa mengikuti perintah dengan baik) 7-8 Nyeri hebat (secara objektif terkadang klien tidak mengikuti perintah namun masih merespon terhadap tindakan, bisa menunjukan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya) 9-10 Nyeri hebat (pasien sudah tidak dapat berkomunikasi lagi)
--	--

Lampiran III

LEMBAR OBSERVASI

TERAPI AKUPRESUR TERHADAP PENURUNAN NYERI KEPALA KARENA HIPERTENSI DI SATUAN PELAYANAN GRIYA LANSIA KABUPATEN GARUT

Inisial klien : *Tn. A*

No	Hari/Tanggal	Jam	Kondisi	
			Skala nyeri sebelum dilakukan terapi akupresur	Skala nyeri setelah dilakukan terapi akupresur
1.	<i>4 Maret 2025</i>	<i>10.00</i> <i>11.20</i>	<i>-Skala nyeri 4 (0-10)</i> <i>-TD : 140/90 mmHg</i>	<i>-</i>
2.	<i>5 Maret 2025</i>	<i>10.00</i> <i>11.30</i>	<i>-Skala nyeri 4 (0-10)</i> <i>-TD : 140/90 mmHg</i>	<i>-Skala nyeri 3 (0-10)</i> <i>-TD : 145/84 mmHg</i>
3.	<i>6 Maret 2025</i>	<i>10.00</i> <i>11.20</i>	<i>-Skala nyeri 3 (0-10)</i> <i>-TD : 145/88 mmHg</i>	<i>-Skala nyeri 2 (0-10)</i> <i>-TD : 138/88 mmHg</i>
4.	<i>7 Maret 2025</i>	<i>10.00</i> <i>11.20</i>	<i>-Skala nyeri 2 (0-10)</i> <i>-TD : 136/88 mmHg</i>	<i>-Skala nyeri 1 (0-10)</i> <i>-TD : 130/85 mmHg</i>
5.	<i>8 Maret 2025</i>	<i>10.11</i>	<i>-Skala nyeri 1 (0-10)</i> <i>-TD : 130/80 mmHg</i>	<i>-</i>

Lampiran IV

Dokumentasi

5 Maret 2025



6 Maret 2025



7 Maret

