

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T (*KATZ INDEX B*)
DENGAN HIPERTENSI DAN INTERVENSI TERAPI HERBAL
PEMBERIAN JUS TOMAT DI KAMPUNG BABAKAN
JAKSI RT 02 RW 11 DESA JATI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TAROGONG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

**GINA NOVISTA, S.Kep
KHGD24067**



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL :ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T (KATZ INDEX B) DENGAN HIPERTENSI DAN INTERVENSI TERAPI HERBAL PEMBERIAN JUS TOMAT DI KAMPUNG BABAKAN JAKSI RT 02 RW 11 DESA JATI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG

NAMA : GINA NOVISTA, S.Kep

NIM : KHGD24067

KARYA ILMIAH AKHIR-NERS

Menyatakan Bahwa Mahasiswa Akhir Diatas Layak Untuk Melaksanakan

Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners

Garut, September 2025

Menyetujui

Pembimbing



Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL :ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T (KATZ INDEX B) DENGAN HIPERTENSI DAN INTERVENSI TERAPI HERBAL PEMBERIAN JUS TOMAT DI KAMPUNG BABAKAN JAKSI RT 02 RW 11 DESA JATI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG

NAMA : GINA NOVISTA, S.Kep

NIM : KHGD24067

Garut, September 2025

Menyetujui,

Penguji I



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

Penguji II



Tanti Suryawantie, S.Kep.,Ners.,M.H.Kes

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners

STIKes Karsa Husada Garut



Sri Yekti Widadi, Ns., M.Kep

Pembimbing



Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T (KATZ INDEX B)
DENGAN HIPERTENSI DAN INTERVENSI TERAPI HERBAL
PEMBERIAN JUS TOMAT DI KAMPUNG BABAKAN JAKSI RT 02 RW
11 DESA JATI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAROGONG**

Gina Novista

ABSTRAK

Menurut WHO, angka kejadian Hipertensi cukup tinggi yaitu 26,4% dari populasi dunia. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan kematian. Mengingat komplikasi yang dapat ditimbulkan apabila penyakit hipertensi tidak segera ditangani dan di obati bisa menyebabkan penyakit jantung, stroke dan berlanjut kematian. Tujuan Karya Ilmiah Akhir ini adalah Mengidentifikasi dengan pemberian jus tomat untuk menurunkan tekanan darah pada lansia penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas tarogong garut. Metode penelitian yang di gunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini menggunakan laporan studi kasus dengan EBP. Pada penulisan metode ilmiah sesuai dengan kaidah dari proses keperawatan yang meliputi : Pengkajian, Analisa data, Intervensi keperawatan, Implementasi serta Evaluasi. Hasil analisis kasus pada pasien Ny. T dengan Hipertensi didapatkan bahwa pemberian jus tomat dapat menurunkan hipertensi setelah dilakukan intervensi sesuai EBP yaitu tekanan darah menurun dari 180/90 mmHg menjadi 170/90 mmHg. Rekomendasi dari penelitian ini yaitu untuk melakukan intervensi lebih mendalam terkait pemberian jus tomat.

Kata kunci: Lansia, Hipertensi, Jus tomat

**ANALYSIS OF NURSING CARE FOR MRS. T (KATZ INDEX B) WITH
HYPERTENSION AND INTERVENTION OF PROVISION HERBAL
THERAPY AND TOMATO JUICE IN BABAKAN JAKSI VILLAGE RT 02
RW 11 JATI VILLAGE, WORKING AREA OF TAROGONG PUBLIC
HEALTH CENTER**

Gina Novista

ABSTRACT

According to WHO, the incidence of hypertension is quite high, namely 26.4% of the world's population. Hypertension is a condition in which a person experiences an increase in blood pressure above normal which results in an increase in morbidity and mortality. Given the complications that can be caused if hypertension is not immediately treated and treated it can cause heart disease, stroke and continued death. The purpose of this final scientific paper is to identify the administration of tomato juice to reduce blood pressure in the elderly with hypertension in the working area of the Tarogong Garut Public Health Center. The research method used in the preparation of this final scientific paper uses case study reports with EBP. In writing the scientific method in accordance with the rules of the nursing process which include: Assessment, data analysis, nursing intervention, implementation and evaluation. The results of the case analysis in Mrs. T's patient with hypertension found that giving tomato juice can reduce hypertension after intervention according to EBP, namely blood pressure decreased from 180/90 mmHg to 170/90 mmHg. Recommendations from this study are to conduct more in-depth interventions related to giving tomato juice.

Keywords: Gerontic, Hypertension, Tomato juice

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan Rahmat dan Karunia-Nya yang telah diberikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini. Sholawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada Rosululloh SAW, serta keluarga dan umatnya sepanjang zaman.

Adapun judul yang diangkat dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini adalah “Analisis Asuhan Keperawatan Pada NY. T (Katz Index B) Dengan Hipertensi Dan Intervensi Terapi Herbal Pemberian Jus Tomat Di Kampung Babakan Jaksi RT 02 RW 11 Desa Jati Wilayah Kerja Puskesmas Tarogong”.

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai salah satu tugas untuk menempuh pendidikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis telah mendapat bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat. Untuk itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE.,M.Si Ketua umum pengurus yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr.Iwan Wahyudi, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Stikes Karsa Husada Garut

5. Ibu Eva Daniati, S.Kep.,Ners.,M.Pd sebagai pembimbing yang sangat sabar membimbing, mengarahkan dan memberikan masukan yang sangat membantu bagi penulis selama penyusunan KIA ini.
6. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep.,Ners.,M.Kep sebagai Penguji I yang telah memberikan masukan yang sangat membantu bagi penulis selama penyusunan KIA ini.
7. Ibu Tanti Suryawantie, S.Kep.,Ners.,M.H.Kes sebagai Penguji II yang telah memberikan masukan yang sangat membantu bagi penulis selama penyusunan KIA ini.
8. Staf dan dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah membantu dalam menyelesaikan KIA ini.
9. Kedua orang tua yang sangat saya cintai yang telah berkorban moril maupun materil sehingga dapat menyelesaikan KIA ini, terimakasih atas dukungannya.
10. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi Profesi Ners Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan KIA ini.
11. Semua pihak yang telah membantu baik moril maupun materil yang tidak dapat penulis tuliskan satu persatu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Karena itu, penulis memohon saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan dan semoga bermanfaat bagi kita semua.

Aamiin

Garut, September 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
<i>ABSTRACT</i>	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan	4
1.2.1 Tujuan Umum	4
1.2.2 Tujuan Khusus	5
1.3 Metode Penulisan	6
1.4 Manfaat Penulisan	6
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2. Manfaat Praktis	6
1.5 Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Konsep Dasar Lansia	8
2.1.1. Definisi Lansia.....	8
2.1.2 Batasan Usia Lansia.....	9
2.1.3 Ciri-Ciri Lansia	10
2.1.4 Tipe Kepribadian Lansia.....	12
2.1.5 Karakteristik Lansia.....	13
2.1.6 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia.....	13
2.1.7 Kebutuhan Dasar Lansia.....	18

2.1.8	Teori – Teori Penuaan	19
2.2	Konsep Dasar Hipertensi	20
2.2.1	Definisi Hipertensi	20
2.2.2	Klasifikasi Hipertensi	22
2.2.3	Etiologi Hipertensi	22
2.2.4	Manifestasi Klinis	24
2.2.5	Patofisiologi Hipertensi	26
2.2.6	Pathway	28
2.2.7	Penatalaksanaan	29
2.2.8	Komplikasi	30
2.3	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	31
2.3.1	Pengkajian	32
2.3.2	Analisa Data	46
2.3.3	Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul	50
2.3.4	Rencana Keperawatan	51
2.3.5	Implementasi	63
2.3.6	Evaluasi	63
2.3.7	Catatan Perkembangan	64
2.3.8	Dokumentasi Keperawatan	65
2.4	Konsep Terapi Herbal Tomat (<i>Solanum lycopersicum</i>)	66
2.4.1	Karakteristik Tomat (<i>solanum lycopersicum</i>)	66
2.4.2	Kandungan Tomat (<i>solanum lycopersicum</i>)	66
2.4.3	Manfaat Tomat (<i>Solanum lycopersicum</i>)	69
2.4.4	Penatalaksanaan Terapi herbal dengan buah tomat (<i>Solanum lycopersicum</i>)	72
2.5	Konsep <i>Evidence Based Practice</i> (EBP)	74
2.5.1	Pengertian <i>Evidence Based Practice</i> (EBP)	74
2.5.2	Tujuan <i>Evidence Based Practice</i> (EBP)	74
2.5.3	Langkah dalam Pembuatan EBP	75

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	76
3.1 Tinjauan Kasus	76
3.1.1 Pengkajian.....	76
3.1.2 Analisa Data.....	95
3.1.3 Diagnosa Keperawatan	97
3.1.4 Perencanaan Keperawatan	99
3.1.5 Implementasi dan Evaluasi	102
3.1.6 Catatan Perkembangan	105
3.2 Evidence Based Practice.....	113
3.3 Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	116
3.3.1 Tahap Pengkajian.....	116
3.3.2 Diagnosis Keperawatan	117
3.3.3 Tahap Perencanaan Keperawatan	120
3.3.4 Tahap Implementasi Keperawatan	121
3.3.5 Tahap evaluasi	123
3.3.6 Pembahasan EBP jus tomat (<i>solanium lyopersicum</i>)	124
3.3.7 Tahap Dokumentasi Keperawatan	126
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	127
4.1 Kesimpulan.....	127
4.2 Saran	129
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi	22
Tabel 2.2 Nutrisi Metabolik	34
Tabel 2.3 Pola Eliminasi	35
Tabel 2.4 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	35
Tabel 2.5 Pengkajian Fungsional Klien Dengan Menggunakan Katz Indeks	41
Tabel 2.6 Pengkajian Fungsi Kognitif Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ).....	42
Tabel 2.7 Format Pengkajian (Mini Mental Status Exam) MMSE.....	43
Tabel 2.8 Pengkajian TUG Test.....	45
Tabel 2.9 Pengkajian Skala Depresi.....	45
Tabel 2.10 Analisa Data.....	46
Tabel 2.11 Rencana Keperawatan Hipertensi	52
Tabel 3.1 Nutrisi dan Metabolik Ny.T	79
Tabel 3.2 Pola Eliminasi Ny.T	79
Tabel 3.3 Pola Aktivitas sehari-hari Ny.T	80
Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur Ny.T	82
Tabel 3.5 APGAR Keluarga Ny.T	88
Tabel 3.6 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ) Ny.T	89
Tabel 3.7 Format Pengkajian MMSE Ny.T	90
Tabel 3.8 KATZ indeks Ny.T	91
Tabel 3.9 screening fall fungsional reach (FR)test Ny.T	93
Tabel 3.10 the timed up and go (TUG) test Ny.T	93
Tabel 3.11 Skala Depresi Ny.T	94
Tabel 3.12 Analisa Data Ny.T.....	95
Tabel 3.13 Intervensi Keperawatan Ny.T	99
Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan Ny.T	102
Tabel 3.15 Catatan Perkembangan Ny.T	105

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Hipertensi	28
Bagan 3.1 Genogram Keluarga Ny.T.....	78

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Dokumentasi

Lampiran 2 Leaflet

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia (lanjut usia) adalah seseorang yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupan. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan mengalami suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan. Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami perubahan kapasitas fungsional (Kholifah, 2021).

Lansia merupakan kelompok usia yang rentan mengalami masalah kesehatan. Masalah tersebut semakin bertambah ketika seseorang bertambah dalam usianya. Pertambahan usia yang dialami lansia mengakibatkan semua sistem dan fungsi mengalami penurunan. Salah satu fungsi yang mengalami penurunan adalah fungsi fisiologis. Penurunan fungsi tersebut memunculkan penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular yang dialami oleh lansia beberapa diantaranya adalah hipertensi, artritis, stroke, dan diabetes mellitus. Penyakit hipertensi menempati urutan pertama dalam masalah kesehatan bagi lansia.

Berdasarkan data *World Health Organization (WHO)* tahun 2020 menunjukkan di seluruh dunia, sekitar 972 juta orang atau 26,4% mengidap penyakit hipertensi (Pratama, 2020). Di Indonesia, berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (2020) didapati bahwa prevalensi hipertensi mencapai angka 34,11%. Prevalensi hipertensi di Jawa Barat yaitu sebanyak 40% dan berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2021) di Garut pada tahun 2020 hipertensi meningkat menjadi

34,4% dan 33,7%. Hal tersebut menunjukkan bahwa kesadaran penderita hipertensi untuk menurunkan tekanan darahnya masih kurang, hipertensi yang berlangsung lama dan tidak mendapatkan pengobatan dan pengendalian secara rutin dapat membahayakan penderita bahkan dapat menyebabkan kematian. Maka hal itu dapat diminimalisir dengan melakukan pengobatan hipertensi.

Pengobatan hipertensi sangat perlu ditingkatkan untuk mencegah kenaikan hipertensi yang mengakibatkan terjadinya komplikasi pada hipertensi. Pada umumnya penatalaksanaan tekanan darah tinggi terbagi dua yaitu meliputi terapi farmakologi (obat anti hipertensi, diuretik, penyekat beta, penghambat enzim konversi angiotensin, penghambat reseptor angiotensin, dan antagonis kalsium) namun penggunaan obat-obatan tersebut dapat memberikan efek samping yang dapat berbahaya bagi tubuh diantaranya adalah batuk, pusing atau pening, sakit kepala, diare, konstipasi, kurang bertenaga, ruam pada kulit dan mual atau muntah. Sedangkan terapi nonfarmakologi meliputi menghentikan rokok, menurunkan berat badan yang berlebih, memperbanyak latihan fisik, menurunkan asupan garam, dan meningkatkan konsumsi buah dan sayur serta menurunkan asupan lemak, (Sudoyo, 2020 dalam Maisyaroh, 2019). Mengonsumsi buah dan sayuran yang kaya kalium bisa memperbaiki kontrol tekanan darah. Khasiat zat-zat yang terkandung dalam buah dan sayuran ini akan lebih baik jika buah atau sayuran di makan dalam keadaan segar tanpa dimasak atau bisa disajikan dalam bentuk jus. Salah satunya yang mengandung kalium dan likopen adalah buah tomat. Menurut Basrowi R. (2021) pemanfaatan kandungan dalam buah tomat bisa di konsumsi dengan cara dimakan langsung, namun pada lansia yang tentu saja kerap mengalami

penurunan kemampuan makan dapat berpotensi masalah jika memakan buah utuh. Maka dari itu pemberian jus merupakan strategi untuk memberikan asupan mikronutrien, terutama vitamin dan serat agar mudah dicerna.

Jus tomat (*solanium lycopersicum*) merupakan salah satu buatan dari buah tomat. tomat selain mudah didapatkan juga dinilai memiliki kandungan yang cukup efektif untuk menurunkan tekanan darah sehingga menjadikan tomat sebagai pencegah meningkatnya tekanan darah baik sistolik maupun diastolik. Kandungan Kalium pada tomat berguna untuk mencegah meningkatnya tekanan darah dengan cara vasodilator dapat mengakibatkan pengurangan retensi perifer dan menaikkan cardiac output, selain itu kalium bertugas menjadi diuretik sehingga penyingkiran natrium dan cairan menjadi bertambah. Kemudian bermanfaat juga sebagai membatasi pembebasan pada renin, sehingga dapat memperbaiki kegiatan renin angiotensin dan bermanfaat juga untuk memerintah saraf perifer pada sentral sehingga dapat mengakibatkan perubahan nilai tekanan darah. Tomat memiliki kandungan likopen yang dinilai efektif sebagai menurunkan tekanan darah, tomat sedikit memiliki natrium dan lemak (Hidayah et al, 2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Paramita dan Puruhita, tahun 2020 menunjukkan bahwa tomat merupakan salah satu jenis terapi herbal untuk menangani penyakit hipertensi. Tomat merupakan salah satu sumber makanan yang kaya akan vitamin C, vitamin E, kalium, serat, dan protein. Kalium dapat menurunkan tekanan darah dengan mengurangi natrium dalam urin dan air dengan cara yang sama seperti diuretik. Dalam mencapai tujuan untuk menurunkan tekanan darah tentu saja diperlukan peran perawat sebagai pemberi asuhan

keperawatan dari segi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative.

Peran perawat dalam mengatasi penyakit hipertensi adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan meningkatkan pelayanan keperawatan secara komprehensif dengan membantu menerapkan pola hidup sehat pada klien, memotivasi klien, dan melakukan pemberian jus tomat agar hipertensi bisa berkurang dan melakukan asuhan keperawatan hipertensi untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahap pengkajian keperawatan sampai evaluasi. (Suarli & Yahya. 2020)

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis merasa tertarik untuk membuat study kasus dengan judul "**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T (KATZ INDEX B) DENGAN HIPERTENSI DAN INTERVENSI TERAPI HERBAL PEMBERIAN JUS TOMAT DI KAMPUNG BABAKAN JAKSI RT 02 RW 11 DESA JATI KECAMATAN TAROGONG KALER WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS TAROGONG GARUT**"

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan, menganalisis dan mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. T (*katz index B*) dengan hipertensi dan intervensi terapi herbal pemberian jus tomat di Kampung Babakan Jaksi Rt02 Rw 11 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Wilayah Kerja Upt Puskesmas Tarogong Garut.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.T dengan hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. T dengan hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kabupaten Garut.
3. Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny.T dengan hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kabupaten Garut.
4. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny.T dengan hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kabupaten Garut.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan dalam mengatasi masalah pada Ny.T dengan hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kabupaten Garut.
6. Penulis mampu menganalisis asuhan keperawatan pada Ny.T dengan hipertensi dan intervensi terapi herbal pemberian jus tomat berbasis *evidence based practice* di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kabupaten Garut.
7. Penulis mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada Ny.T dengan hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kabupaten Garut.

1.3 Metode Penulisan

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

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dibidang keperawatan dalam asuhan keperawatan klien dengan hipertensi.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan merencanakan asuhan keperawatan klien dengan hipertensi

1.5 Sistematika Penulisan

Dalam penulisan Karya Ilmiah akhir ini penulis menggunakan sistematika antara lain :

Bagian awal, membuat halaman judul, persetujuan pembimbing pengesahan, kata pengantar dan daftar isi.

Bab I : Pendahuluan menjelaskan tentang latar belakang, tujuan, manfaat dan sistematika penulisan.

Bab II : Tinjauan teori menjelaskan tentang konsep dasar lansia, konsep dasar penyakit hipertensi, konsep dasar asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi.

Bab III : Tinjauan kasus dan pembahasan, Tinjauan kasus yang berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan juga pembahasan jurnal. Pembahasan menjelaskan tentang

kesenjangan antara teori dan fakta penulis temukan serta dicari pemecahannya dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Bab IV : Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran.

Bagian akhir terdiri daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lanjut usia (lansia) merupakan tahap akhir dalam siklus kehidupan yang ditandai dengan proses menua secara alami, ditandai oleh penurunan fungsi fisiologis maupun psikososial. Menurut *World Health Organization* (WHO), seseorang digolongkan lansia jika berusia 60 tahun atau lebih (WHO, 2021). Undang-undang No. 13 Tahun 1998 juga menyatakan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menjadi lansia bukan berarti sakit, namun masa ini membutuhkan penyesuaian dalam berbagai aspek kehidupan untuk mempertahankan kualitas hidup (Zulfiana, 2019).

Lansia merupakan suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya bisa dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang akan melewati tiga tahap dalam kehidupannya yaitu masa anak, dewasa dan juga tua (Mawaddah, 2020).

Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun ke atas baik pria ataupun wanita yang masih aktif dalam beraktivitas dan bekerja ataupun mereka yang telah tidak berdaya untuk mencari nafkah sendiri sehingga bergantung kepada orang lain untuk menghidupi dirinya (Zulfiana, 2019). Lanjut usia didefinisikan sebagai orang telah tua yang menunjukkan ciri fisik seperti kerutan kulit, hilangnya gigi, dan

rambut beruban. Dalam hidup bermasyarakat tidak bisa lagi dapat melaksanakan fungsi peran sebagai orang dewasa, seperti halnya pria yang tidak lagi terikat dalam kegiatan ekonomi produktif, dan untuk wanita tidak dapat memenuhi tugas yang terkait dalam rumah tangga.

Berdasarkan beberapa teori di atas penulis menyimpulkan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia diatas 60 tahun. Lanjut usia bukanlah merupakan suatu penyakit tetapi merupakan proses lanjutan yang pasti akan dialami sebuah individu, yang ditandai dengan penurunan fungsi kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan

2.1.2 Batasan Usia Lansia

Menurut pendapat berbagai ahli, batas-batasan umur yang mencakup batas umur lansia sebagai berikut (Sunaryo, 2019):

- a. Menurut undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas”.
- b. Menurut *World Health Organization* (WHO), usia lanjut dibagi menjadi 4 kriteria berikut:
 - 1) Usia pertengahan (*middle age*) ialah 45-59 tahun
 - 2) Lanjut usia awal (*elderly*) ialah 60-74 tahun
 - 3) Lanjut usia tua (*old*) ialah 75-90 tahun
 - 4) Usia sangat tua (*very old*) ialah diatas 90 tahun
- c. Terdapat 4 fase lansia menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI), yaitu:
 - 1) Fase Inventus ialah 25-40 tahun

- 2) Fase Virilities ialah 40-55 tahun
- 3) Fase Presenium ialah 55-65 tahun
- 4) Fase Senium ialah 65 tahun sampai tutup usia
- d. Menurut Setyapnegoro (2019) masa lanjut usia (*geriatric age*) > 65 tahun atau 70 tahun. Masa lanjut usia (*geriatric age*) itu sendiri dibagi menjadi tiga batasan umur, yaitu *young old* (70-75 tahun), *old* (75-80 tahun) dan *very old* (>80 tahun)

Batasan lansia yang ada di Indonesia adalah 60 tahun keatas. Pernyataan tersebut dipertegas dalam Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada Bab 1 pasal 1 ayat 2 adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas.

2.1.3 Ciri- Ciri Lansia

Beberapa ciri umum lansia meliputi perubahan fisik seperti rambut beruban, keriput, serta penurunan fungsi sensorik dan kognitif. Selain itu, lansia juga mengalami kemunduran psikososial seperti perubahan peran dalam keluarga dan masyarakat. Lansia rentan mengalami diskriminasi, kehilangan peran sosial, dan gangguan penyesuaian diri bila tidak mendapat dukungan yang memadai (Setiawan & Budiningsih, 2020).

Ada empat ciri-ciri seorang lansia, antara lain:

- a. Lansia merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam

melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

b. Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya. lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif

c. Menua membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh: lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik

diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah (Kholifa, 2019).

2.1.4 Tipe Kepribadian Lansia

Menurut Nasrullah (2020), tipe kepribadian pada lansia dibagi menjadi lima, yaitu:

a. Tipe kepribadian arif bijaksana

Usia lanjut ini kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, niat ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

b. Tipe kepribadian mandiri

Ada kecenderungan mengalami *post power syndrome*, apalagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi.

c. Tipe kepribadian tidak puas

Lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik.

d. Tipe kepribadian pasrah

Usia lanjut yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis gelap datang terang, mengikuti kegiatan yang ada dan pekerjaan apa saja yang dilakukan.

e. Tipe kepribadian bingung

Lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa

minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

2.1.5 Karakteristik Lansia

Menurut Kementrian Kesehatan RI (2019) Karakteristik umum lansia meliputi:

- a. Usia : ≥ 60 tahun
- b. Status perkawinan : Lansia perempuan cenderung lebih banyak berstatus cerai mati dibandingkan laki-laki, disebabkan oleh harapan hidup yang lebih tinggi pada perempuan.
- c. Kebutuhan kesehatan : bervariasi dari kondisi sehat hingga sakit, dengan kebutuhan mencakup aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual
- d. Lingkungan tempat tinggal : dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, sosial dan dukungan keluarga.

2.1.6 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lanjut usia menurut Suraoka (2020), penyakit degeneratif adalah istilah medis untuk menjelaskan suatu penyakit yang muncul akibat proses kemunduran fungsi sel dalam tubuh yaitu keadaan normal menjadi lebih buruk. Beberapa perubahan yang akan terjadi pada lansia diantaranya adalah perubahan fisik, intelektual, dan keagamaan.

- a. Perubahan fisik

1) Sel

Saat seseorang memasuki usia lanjut keadaan sel dalam tubuh akan berubah, seperti jumlahnya yang menurun dan ukuran yang lebih besar sehingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan proporsi protein di

otak, otot, ginjal dan darah.

2) Sistem Persyarafan

Keadaan sistem persyarafan pada lansia akan mengalami perubahan seperti mengecilnya syaraf panca indra. Pada indra pendengaran seperti hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga, pada indra penglihatan akan terjadi seperti kekeruhan kornea, hilangnya daya akomodasi dan menurunnya lapang pandang. Pada indra peraba akan terjadi seperti respon terhadap nyeri menurun dan kelenjar keringat berkurang. Pada indra pembau akan terjadinya seperti menurunnya kekuatan otot pernapasan, sehingga kemampuan membau juga berkurang.

3) Sistem gastrointestinal

Pada lansia akan terjadi menurunnya selera makan, seringnya terjadi konstipasi, menurunnya produksi air liur (saliva) dan peristaltic usus juga menurun.

4) Sistem genitourinaria

Pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah ke ginjal menurun.

5) Sistem musculoskeletal

Kehilangan cairan pada tulang dan makin rapuh, keadaan tubuh akan lebih pendek, persendian kaku dan tendon mengerut.

6) Sistem Kardiovaskuler

Pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun, ukuran jantung secara keseluruhan menurun, denyut jantung menurun, katup

jantung pada lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistolik meningkat pada lansia karena hilangnya *distensibility* arteri. Tekanan darah diastolic tetap sama atau meningkat.

b. Perubahan Psikologis

Sebagian orang yang akan mengalami hal ini dikarenakan berbagai masalah hidup ataupun yang lain dikarenakan umur seperti (Anggita, 2021):

1) Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

2) Gangguan kecemasan dan depresi

Gangguan cemas dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

3) Gangguan tidur

Gangguan tidur juga dikenal sebagai penyebab morbiditas yang signifikan. Ada beberapa dampak serius gangguan tidur pada lansia misalnya mengantuk berlebihan di siang hari, gangguan atensi dan memori, mood depresi, sering terjatuh, penggunaan hipnotik yang tidak semestinya, dan penurunan kualitas hidup. Angka kematian, angka sakit jantung dan kanker

lebih tinggi pada seseorang yang lama tidurnya lebih dari 9 jam atau kurang dari 6 jam per hari bila dibandingkan. dengan seseorang yang lama tidurnya antara 7-8 jam per hari. Berdasarkan dugaan etiologinya, gangguan tidur dibagi menjadi empat kelompok yaitu, gangguan tidur primer, gangguan tidur akibat gangguan mental lain, gangguan tidur akibat kondisi medik umum, dan gangguan tidur yang diinduksi oleh zat.

4) Duka cita (*betrevement*)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

5) Depresi

Duka cita yang berlarut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi, depresi juga dapat disebabkan karena stress lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

6) Parafreia

Suatu bentuk skizofreia pada lansia, ditandai dengan waham (*curiga*), lansia sering merasa tetangga mencuri barang-barang atau berniat membutuhkannya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi atau menarik diri dengan sosial.

7) Sidroma diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat

mengganggu. Rumah atau kamar tidur bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urine nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur.

Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

c. Perubahan Kognitif

Banyak lansia yang mengalami perubahan kognitif, tidak hanya lansia biasanya anak-anak muda juga pernah mengalami perubahan kognitif seperti gangguan memori (daya ingat). Lansia cenderung mudah lupa, sulit berpikir dan berkonsentrasi, disorientasi, kesulitan berkomunikasi, masalah dalam fokus dan perhatian, dan terkadang mengalami hambatan dalam melakukan kegiatan harian.

d. Perubahan Intelektual

Akibat proses penuaan bisa terjadi kemunduran pada kemampuan otak seperti perubahan *intelegenita quantion* (IQ) yaitu fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi nonverbal, pemecahan masalah, konsentrasi dan kesulitan mengenal wajah seseorang. Perubahan yang lain adalah perubahan ingatan, karena penurunan kemampuan otak maka seorang lansia akan kesulitan untuk menerima rangsangan yang diberikan kepadanya sehingga kemampuan untuk mengingat pada lansia juga menurun (Mujahidullah, 2019).

e. Perubahan Spiritual

Pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya, hal tersebut bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meninggalkan

kehidupan dunia.

2.1.7 Kebutuhan Dasar Lansia

Kebutuhan dasar lansia terbagi menjadi dua yaitu primer dan sekunder menurut WHO (2019) meliputi:

a. Kebutuhan Dasar Lansia Primer

Kebutuhan fisiologi/biologis seperti makanan yang bergizi, seksual, pakaian, perumahan/tempat berteduh. Kebutuhan ekonomi berupa penghasilan yang memadai. Kebutuhan kesehatan fisik, mental, perawatan pengobatan. Kebutuhan psikologis, berupa kasih sayang adanya tanggapan dari orang lain, ketentraman, merasa berguna, memiliki jati diri, serta status yang jelas. Kebutuhan sosial berupa peranan dalam hubungan-hubungan dengan orang lain, hubungan pribadi dalam keluarga, teman-teman dan organisasi sosial.

b. Kebutuhan Dasar Lansia Sekunder

Kebutuhan dalam melakukan aktivitas, kebutuhan dalam mengisi waktu luang/rekreasi. Kebutuhan yang bersifat kebudayaan, seperti informasi dan pengetahuan. Kebutuhan yang bersifat politis, yaitu meliputi status, perlindungan hukum, partisipasi dan keterlibatan dalam kegiatan di masyarakat dan Negara atau pemerintah. Kebutuhan yang bersifat keagamaan/spiritual, seperti memahami makna akan keberadaan diri sendiri di dunia dan memahami hal-hal yang tidak diketahui/ di luar kehidupan termasuk kematian.

2.1.8 Teori – Teori Penuaan

Teori-teori Proses Menua menurut (Darmodjo 2020):

a. Teori Genetik Clock

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetic untuk spesies tertentu. Tiap spesies didalam intinya mempunyai jam genetic yang telah diputar menurut replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak diputar. Jadi menurut konsep ini bila jam kita berhenti kita akan meninggal dunia meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir.

b. Mutasi Somatik (Teori Kesalahan Bencana)

Sekarang sudah umum diketahui bahwa radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur sebaliknya untuk menghindari terkena radiasi atau tercemar zat kimia yang bersifat karsinogenik atau toksik dapat memperpanjang umur. Menurut teori ini terjadi mutasi yang progresif pada DNA sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

c. Teori Rusaknya Sistem Imun Tubuh

Mutasi yang berulang atau perubahan protein pasca translasi dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (*Self recognition*). Jika mutasi somatik menyebabkan terjadinya kelainan pada antigen permukaan sel maka hal ini dapat menyebabkan sistem imun tubuh menganggap sel yang mengalami perubahan sel tersebut sebagai sel asing dan menghancurkannya. Perubahan inilah yang

menjadi dasar peristiwa autoimun.

d. Teori Radikal Bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas, tidak stabilnya radikal bebas atau kelompok atom mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan sel tidak bisa regenerasi

e. Teori Menua Akibat Metabolisme

Pada tahun 2019 Mc. Kay et.al memperlihatkan bahwa pengurangan intake kalori pada rodentia muda akan menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur karena penurunan jumlah kalori tersebut antara lain disebabkan karena menurunnya salah satu atau beberapa proses metabolisme.

2.2 Konsep Dasar Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu 5 menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung coroner) dan otak (menyebabkan stroke) bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai. Banyak pasien hipertensi dengan tekanan darah tidak terkontrol dan jumlahnya terus meningkat (Kemenkes RI, 2020).

Hipertensi adalah keadaan seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal sehingga mengakibatkan peningkatan angka morbiditas maupun mortalitas, tekanan darah fase sistolik 140 mmHg menunjukkan fase darah

yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 mmHg menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2019).

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya (Price, 2019).

Tekanan darah tinggi atau yang juga dikenal dengan sebutan hipertensi ini merupakan suatu meningkatnya tekanan darah di dalam arteri atau tekanan sistole >140 mmHg dan tekanan diastole sedikitnya 90 mmHg. Secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya risiko terhadap stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal.

Berdasarkan beberapa teori diatas penulis menyimpulkan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi yaitu peningkatan tekanan darah sistole lebih dari 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg yang berlangsung lama dan dapat menimbulkan komplikasi bahkan kematian.

2.2.2 Klasifikasi Hipertensi

Secara klinis hipertensi dapat di klasifikasikan menjadi beberapa kelompok yaitu:

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	Optimal	<120	<80
2	Normal	120 - 129	80 - 84
3	High normal	130 - 139	85 - 89
4	Grade Hipertensi	140 – 159	90 – 99
	Grade 1 (Ringan)	160 – 179	100 – 109
	Grade 2 (sedang)	180 – 209	109 – 119
	Grade 3 (berat)	>210	>120
	Grade 4 (sangat berat)		

Sumber : Yulistiani, 2023

2.2.3 Etiologi Hipertensi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi:

- a. Genetik, respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.
- b. Obesitas, terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat
- c. Stress karena lingkungan
- d. Hilangkan elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orangtua serta pelebaran pembuluh darah.

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan antara lain:

a. Hipertensi primer (Esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh karena itu, penelitian dan pengobatan lebih ditunjukkan bagi penderita esensial. Hipertensi primer disebabkan oleh faktor berikut ini:

1) Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2) Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih).

3) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g), kegemukan atau makan berlebih, stress, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin, prednisone, epinefrin).

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. Salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vaskular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat

aterosklerosis stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin, dan pembentukan angiotensilin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah, dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis andosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena diangkat, tekanan darah akan kembali ke normal.

Penyebab lain dari hipertensi sekunder, antara lain ferokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin di kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan *Cardiothoracic Ratio* (CTR) karena hipersensitivitas sistem saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui penyebab-nya) dan hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (Yulistiani, 2023).

2.2.4 Manifestasi Klinis

Menurut Yulistiani (2023), manifestasi klinis yang ditimbulkan akibat hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

a. Tidak ada gejala

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

tidak terukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Namun secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut:

- 1) Sakit kepala
- 2) Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- 3) Pusing seperti berputar tujuh keliling serasa ingin jatuh
- 4) Berdebar atau detak jantung terasa cepat
- 5) Telinga berdenging
- 6) Kesemutan pada kaki dan tangan
- 7) Mual dan muntah
- 8) Kejang atau koma
- 9) Penurunan kesadaran
- 10) Sesak nafas
- 11) Nyeri dada
- 12) Perubahan penglihatan
- 13) Penurunan kekuatan otot
- 14) Masalah keseimbangan
- 15) Kerusakan sistem saraf

2.2.5 Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepineprin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Yulistiani, 2023).

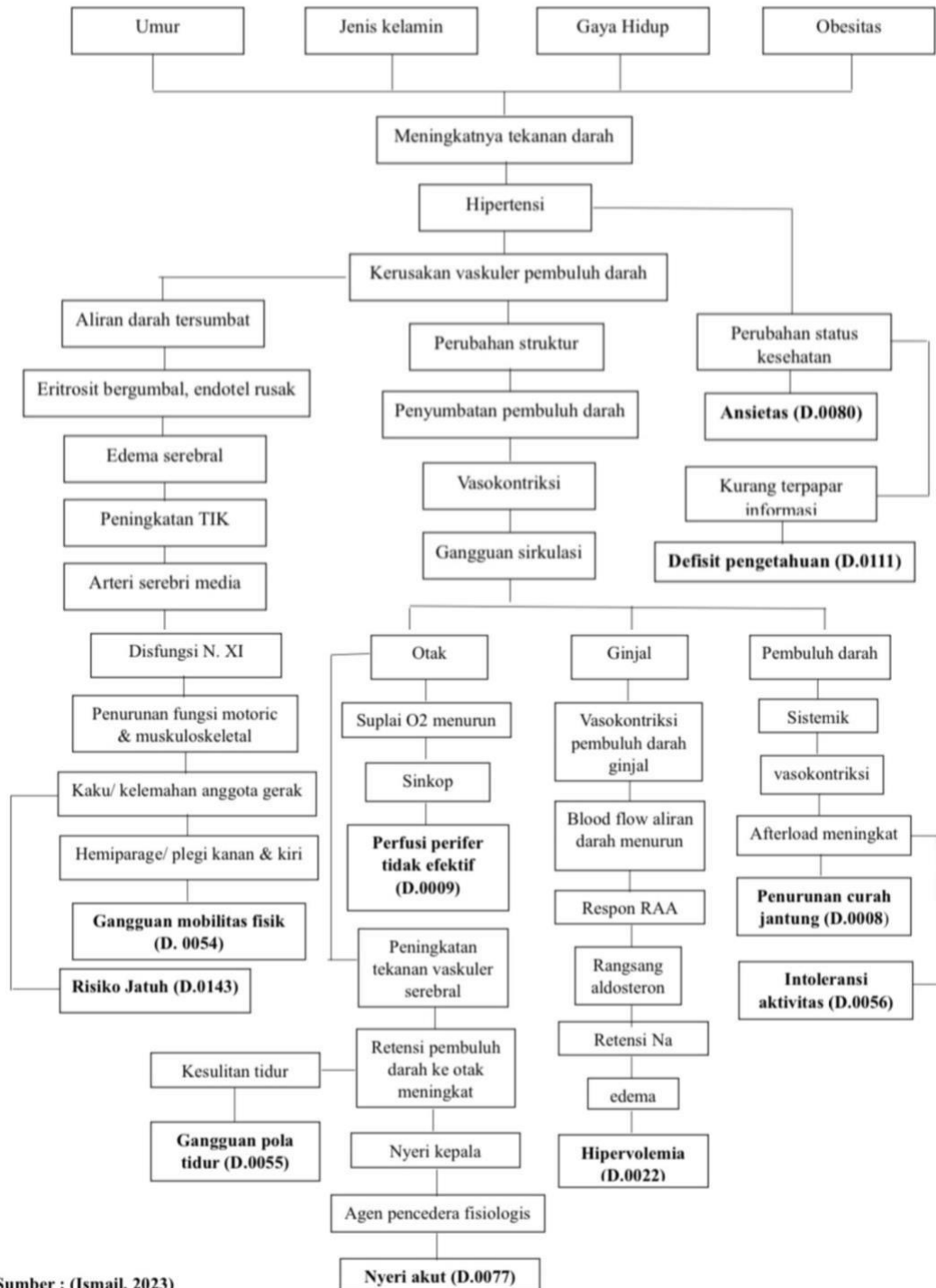
Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epineprin yang menyebabkan vasokonstriksi. Konteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vaskonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal. menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensi II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra

vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Yulistiani, 2023).

Menurut Brunner & Suddarth (2022), untuk pertimbangan gerontologi. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Aminudin, 2021).

2.2.6 Pathway

Bagan 2.1 Pathway Hipertensi



Sumber : (Ismail, 2023)

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan atau pun dengan memodifikasi gaya hidup. Sebagian besar pasien memerlukan obat anti hipertensi seumur hidup dengan obat tunggal maupun kombinasi lebih dari satu obat. Pedoman penatalaksanaan hipertensi sangat diperlukan oleh para dokter untuk mencegah terjadinya komplikasi kardio-serebrovaskuler. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi asupan garam, menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok dan minuman beralkohol. Olahraga juga di anjurkan bagi penderita hipertensi (Soenarta, dkk., 2020).

1. Penatalaksanaan non farmakologi
 - a. Pengaturan Diet
 - b. Olahraga
 - c. Penurunan berat badan
 - d. Memperbaiki gaya hidup
 - e. Terapi komplementer (terapi herbal, terapi nutrisi, relaksasi progresif, meditasi, terapi tawa, akupunktur, akupresur, aromaterapi, terapi bach flower remedy, hidroterapi, dan refleksologi)
2. Penatalaksanaan Medis
 - a. Terapi Oksigen
 - b. Pemantauan Hemodinamik
 - c. Pemantauan Jantung
 - d. Obat-obatan:

- 1) Diuretic: Chlorthalidone, lasix, diuretic bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya'
- 2) Antagonis (penyekat) reseptor alfa (*b-blocker*) menghambat reseptor alfa dan otot polos vaskular yang secara normal berespon terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi
- 3) Vasolidator arterior langsung dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah misalnya : *Natrium nitroprusida*, *Nikarpidin*, *Hidralazin*, *Nitrogliserin*, dll (Brunner & Sudarth, 2019)

2.2.8 Komplikasi

1. Stroke

Stroke dapat terjadi karena hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak ang terpajan tekanan tinggi. stroke dapat terjadi pada penyakit hipertensi kronis, apabila arteri yang memperdarai otak mengalami hipertrofi dan penebalan.

2. Gagal jantung

Tekanan darah yang tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah. Kondisi ini berakibat otot jantung akan menebal dan meregang sehingga daya pompa oto menurun. Pada akhirnya, terjadi kegagalan kerja otot jantung.

3. Gagal ginjal

Gagal ginjal bisa terjadi sebab kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Denganrusaknya glomerulus, aliran darah kenefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi kematian dan hipoksik.

4. Enselopati

Terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada 20 kelainan ini menyebabkan peningkatan kapiler dan mendorong cairan keruangan intersistil di seluruh susunan saraf pusat.

5. Kejang

Bisa terjadi pada wanita preeklamsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat badan yang kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama bisa juga sebelum persalinan (Aspiani, R.Y, 2020).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan lanjut usia (gerontik) merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk memberikan bantuan atau bimbingan serta pengawasan, perlindungan dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu atau kelompok, seperti di rumah atau di lingkungan panti werdha, maupun puskesmas yang diberikan oleh perawat (Nugroho, 2020).

Sifat keperawatan Gerontik adalah Independent (mandiri), interdependen

(kolaborasi), humanistik dan holistik. Peran dan fungsi keperawatan Gerontik adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung sebagai pendidik lansia, keluarga dan masyarakat. Perawat juga dapat menjadi motivator dan inovator dalam memberikan advokasi pada klien serta sebagai konselor (Azizah, 2020).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Wahyuni, 2020).

a. Identitas

Identitas lansia (nama, alamat, jenis kelamin, umur, status, agama, suku, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, sumber pendapatan, tempat tinggal sekarang, lama tinggal). Identitas klien yang biasa dikaji pada penyakit hipertensi adalah usia karena penyakit hipertensi sering terjadi pada lansia dengan usia diatas 50 tahun.

b. Riwayat kesehatan

Status kesehatan saat ini: keluhan terlazim yang dirasakan lansia dengan hipertensi yaitu nyeri kepala bagian belakang, tengkuk terasa pegal, kaku dan sakit. Keluhan yang dirasakan dapat hilang timbul dan timbul saat terjadi peningkatan tekanan darah. Menurut Mubarak (2020), jika lansia mengatakan nyeri, dapat dikaji dengan pengkajian PQRST sebagai berikut:

- 1) *Provoking* (pemicu) yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri hipertensi yaitu kelelahan/kecapekan.

- 2) *Quality* (kualitas) kualitas nyeri hipertensi berupa nyeri tajam/nyeri tertusuk-tusuk
- 3) *Region* (daerah) daerah nyeri karena hipertensi terdapat pada kepala bagian belakang, leher dan pundak.
- 4) *Severity* (skala) skala nyeri hipertensi tergantung pada pasien menunjuk skala nyeri.
- 5) *Time* (waktu) seberapa lama nyeri berlangsung, nyeri hipertensi berupa nyeri hilang timbul dan kadang-kadang menetap.

c. Riwayat Kesehatan yang Lalu

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

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Amati riwayat penyakit yang pernah dialami keluarganya. Jika dalam keluarga memiliki riwayat penyakit hipertensi maka kemungkinan sebagian besar menderita penyakit hipertensi. Kaji apakah ada riwayat atau adanya faktor resiko, riwayat keluarga tentang penyakit keturunan seperti diabetes mellitus, hipertensi, dan yang lainnya ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS, Hepatitis ataupun yang lainnya. Riwayat Kesehatan keluarga juga dilengkapi dengan genogram.

e. Riwayat alergi

Kaji apakah ada riwayat alergi makanan obat obat atau yang lainnya

f. Pola Kesehatan Fungsional (Gordon)

1) Pemeliharaan Kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penggunaan Kesehatan persepsi terhadap arti kesehatan dan penatalaksanaan Kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan.

2) Nutrisi Metabolik

Tabel 2.2 Nutrisi Metabolik

No	Jenis	Deskripsi
1	<i>Body Mass Index</i> Kebutuhan kalori Pola makan Jenis Porsi Frekuensi Diet khusus Makanan disukai Kesulitan menelan Gigi palsu Napsu makan	Keterangan kriteria: Kurang BB Tingkat Berat: <17,00 Kurang BB Tingkat Ringan: 17,00 s.d 18,50 Ideal: >18,50 s.d 25,00 Kelebihan BB Tingkat Ringan: >25,00 s.d 27,00 Kelebihan BB Tingkat Berat: >27,00 1 kal x BB x 24 jam x AMB Aktifitas Metabolisme Basal (AMB) Sangat Ringan: L 1,30 P 1,30 Ringan: L 1,65 P 1,55 Sedang: L 1,76 P 1,70 Berat: L 2,10 P 2,00 Bagaimana pola makan dalam sehari? Jenis makanan yang dikonsumsi setiap hari? Porsi makan perhari habis atau tidak? Berapa kali makan sehari? Apakah ada diet khusus? Apa makanan yang disukai? Apakah mengalami kesulitan menelan? Apakah menggunakan gigi palsu? Berapa? Apakah napsu makan baik/tidak?
2	Kebutuhan cairan (Holliday & Segard)	BB 10 Kg Pertama = 1 ltr/hari cairan BB 10 Kg Kedua = 0,5 ltr/hari cairan BB >> 10 Kg = 20 ml x sisa BB

	Pola minum Jenis Frekuensi Jumlah Pantangan Minuman yang disukai	Keterangan: Dikali dan jumlahkan seluruhnya Bagaimana pola minum dalam sehari, teratur? Jenis minuman yang dikonsumsi tiap hari? Berapa kali minum dalam sehari? Jumlah cairan/minuman yang dikonsumsi? Apakah ada pantangan? Apa? Apa minuman yang disukai?
--	---	---

3) Pola Eliminasi

Tabel 2.3 Pola Eliminasi

No	Jenis	Deskripsi
1	BAB Frekuensi Warna Masalah	Berapa kali BAB dalam sehari? Bagaimana konsistensi dan warna feses? Apakah ada masalah dalam BAB? Seperti mencret, BAB tidak terkontrol atau sulit BAB?
2	BAK Frekuensi Jumlah Warna masalah	Berapa kali buang air kecil dalam sehari? Berapa jumlah cairan yang dikeluarkan? Bagaimana warna urine? Apakah ada masalah dalam buang air kecil? Sulit buang air kecil, tidak terkontrol, atau nyeri?

4) Pola aktifitas sehari-hari

Tabel 2.4 Pola Aktifitas Sehari-hari

No	Jenis	0	1	2	3	4
1	Mandi Frekuensi : Jenis :					
2	Berpakaian Frekuensi:					
3	Eliminasi					
4	Mobilisasi ditempat tidur Frekuensi:					
5	Berpindah					
6	Berjalan					
7	Berbelanja					
8	Memasak					
9	Naik tangga					
10	Pemeliharaan Rumah Tangga					

Keterangan : 0 = Mandiri, 1 = Alat Bantu, 2 = Dibantu orang

lain, 3 = Dibantu orang lain-alat, 4 = Tergantung/ tidak mampu

5) Pola Persepsi Kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien 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 dan lain-lain. Dalam persepsi kognitif menjelaskan bagaimana berbicara, bahasa yang digunakan, kemampuan membaca, tingkat ansietas dan kemampuan berinteraksi.

6) Pola istirahat tidur

Dalam pola istirahat tidur menjelaskan bagaimana tidur siang dan tidur malam setiap harinya dalam 2 hari sebelumnya dan 1 hari sebelumnya. Dijelaskan bagaimana lama tidur dan apakah ada keluhan seperti kesulitan tidur atau sering mengantuk.

7) Pola konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap

kemampuan. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, asetif atau passive, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup/relaks. Dalam pola konsep diri menjelaskan bagaimana konsep diri, ideal diri, harga diri, identitas diri, dan peran diri.

8) 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 atau agresif terhadap orang lain, masalah keuangan dan lain-lain.

9) 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 seksual, pemeriksaan genital dan lain-lain.

10) Pola pertahanan diri atau koping

Menggambarkan 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.

11) Pola Keyakinan dan Nilai

Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai dan keyakinan termasuk spiritual, menerangkan sikap dan keyakinan klien 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.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

1) Tanda-tanda Vital

Adanya peningkatan dalam tekanan darah dari normalnya 120/80 mmHg.

2) Sistem Penglihatan

Terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutuhan monokuler), penglihatan ganda (diplopia) atau gangguan yang lain. Ukuran reaksi pupil tidak sama, kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah dikenal dengan baik.

3) Sistem Pernafasan

Pada proses penuaan terjadi jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang.

4) Sistem Kardiovaskular

Perubahan pada sistem kardivaskuler pada lansia adalah masa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

5) Sistem Integumen

pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudorifera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

6) Sistem Muskuloskeletal

- a) Kartilago: Jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga, permukaan sendi menjadi rata, kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan.
- b) Tulang: Berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologis, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.

- c) Otot: Perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.
- d) Sendi: Pada lansia jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament, dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

7) Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal

8) Sistem Neurologi

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari – hari.

h. Pengkajian Fungsional

1) Katz Indeks

Katz indeks adalah suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seorang untuk melakukan aktifitas kehidupan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam dkk, 2012)

Tabel 2.5 Pengkajian Fungsional Klien Dengan Menggunakan Katz Indeks

No	Kegiatan	Mandiri	Bantuan Sebagian	Bantuan Penuh
1	Mandi			
2	Berpakaian			
3	Pergi ke toilet			
4	Berpindah			
5	BAB & BAK			
6	Makan			

Termasuk/kategori manakah klien?

1. KATZ Indeks A : Kemandirian dalam makan, kontinensia (BAB,BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian & mandi
2. KATZ Indeks B : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas
3. KATZ Indeks C : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
4. KATZ Indeks D : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
5. KATZ Indeks E : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas

6. KATZ Indeks F : Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas

7. KATZ Indeks G : Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas

i. Pengkajian Status Mental

Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan *Short Portable Status Questioner* (SPSMO) dan yang kedua dengan menggunakan *Mini Mental Status Exam* (MMSE). Instruksi : ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban.

Catatan jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dengan SPSMQ

Tabel 2.6 Pengkajian Fungsi Kognitif Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

No	Item pertanyaan	Benar	Salah
1	jam berapa sekarang ?		
2	Tahun berapa sekarang?		
3	Kapan Bapak/Ibu lahir?		
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang?		
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang?		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ?		

7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?		
8	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia?		
9	Siapa naa presiden republik Indonesia sekarang?		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1?		

Analisis Hasil:

Skore Salah :0-2 : Fungsi Intelektual utuh

Skore Salah :3-4 : Kerusakan intelektual ringan

Skore Salah :5-7 : Kerusakan intelektual sedang

Skore Salah :8-10 : Kerusakan intelektual berat

j. Pengkajian Aspek Kognitif dan fungsi Mental

Tabel 2.7 Format Pengkajian (Mini Mental Status Exam) MMSE

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	ORIENTASI		
	Tahun berapa sekarang?		
	Musim apa sekarang?		
	Tanggal berapa sekarang?		
	Hari apa sekarang?		
	Bulan apa sekarang?		
	Dinegara mana anda tinggal?		
	Di Provinsi mana anda tinggal?		
	Di kabupaten mana anda tinggal?		
	Di kecamatan mana anda tinggal?		
	Di desa mana anda tinggal?		
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	1. Apel		
	2. Uang		
	3. Meja		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang missal “WAHYU”		

	U		
	Y		
	H		
	A		
	W		
4	MENINGAT		
	Minta klien untuk mengulang tiga obyek di atas		
	1. Apel		
	2. Uang		
	3. Meja		
5	BAHASA		
	Penamaan Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	1. jam tangan		
	2. pensil		
	Pengulangan		

	Minta klien mengukangi tiga kalimat berikut “taka da jika, dan, atau tetapi”		
	Perintah tiga langkah 1. Ambil kertas! 2. Lipat dua! 3. Taruh di lantai!		
	Turuti hal berikut 1. Tutup mata 2. Tulis satu kalimat 3. Salin gambar		
	Jumlah		

Analisis Hasil: Tidak terdapat kerusakan kognitif Nilai <21

1. Pengkajian TUG Test

Tabel 2.8 Pengkajian TUG Test

No	Langkah
1	Posisi pasien duduk di kursi
2	Minta pasien berdiri di 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*

k. Pengkajian Skala Depresi

Tabel 2.9 Pengkajian Skala Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	Ya	Tidak
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat tau kesenangan anda?	Ya	Tidak
3	Apakah anda merasa hidup anda kosong?	Ya	Tidak
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya	Tidak
5	Apakah anda dala keadaan semangat yang baik setiap saat?	Ya	Tidak
6	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya	Tidak
7	Apakah anda merasa gembira hamper setiap waktu?	Ya	Tidak
8	apakah anda sering merasa tidak terbantu/tidak berdaya?	Ya	Tidak
9	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah dari pada pergi keluar untuk melakukan hal baru?	Ya	Tidak
10	Apakah anda merasa mempunyai masalh dengan daya ingat/konsentrasi anda?	Ya	Tidak

11	Apakah anda fikir bahwa hidup anak sekarang ini menyenangkan?	Ya	Tidak
12	Apakah anda merasa tidak berharga dengan kondisi sekarang?	Ya	Tidak
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	Ya	Tidak
14	Apakah anda merasa tidak ada harapan dengan kondisi sekarang?	Ya	Tidak
15	Apakah anda fikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda?	Ya	Tidak

Skor: hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal

<5 : normal

5-9 : kemungkinan besar depresi

10 : lebih menunjukkan depresi

2.3.2 Analisa Data

Tabel 2.10 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: 1. Tidak ada DO: 1. Pengisian kapiler (capillary refill) >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, yang menimbulkan penyumbatan pembuluh darah, penurunan suplai (O ₂) ke otak, sinkop, Perfusi perifer tidak efektif	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

2	DS: 1. Palpitasi (dada terasa berdebar kencang) DO: 1. Bradikardia/takikardia 2. Gambaran EKG Aritmia atau gangguan konduksi	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, yang menimbulkan penyumbatan pembuluh darah, afterload meningkat, Penurunan curah jantung	Penurunan curah jantung (D.0008)
3	DS: 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) DO: 1. Edema anasarca dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. Jugular venous pressure (JVP) dan/atau central venous pressure (CVP) meningkat 4. Refleks hepatojugular positif	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, Gangguan sirkulasi Ginjal, Bloodflow aliran darah Menurun, Respon RAA, Rangsang aldosterone, Retensi Na, Edema Hipervolemia	Hipervolemia (D.0022)
4	DS: 1. Mengeluh nyeri DO: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, yang menimbulkan penyumbatan, pembuluh darah ke otak meningkat, nyeri kepala, nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)

5	DS: 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: 2. Kekuatan otot menurun 3. Rentang gerak (ROM) menurun	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, penurunan fungsi motoric & mukuloskeletal, kaku kelemahan anggota gerak, Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
6	DS: 1. Mengeluh lelah DO: 1. Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, yang menimbulkan penyumbatan pembuluh darah, afterload meningkat, Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas (D.0056)
7	DS: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup DO: 1. Tidak tersedia	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah meningkat, Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)

8	DS: 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi DO: 4. Tampak gelisah 5. Tampak tegang 6. Sulit tidur	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, perubahan status kesehatan, Ansietas	(D.0080)
9	DS: 1. Menanyakan masalah yang dihadapi DO: 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, perubahan status kesehatan, kurang terpapar informasi, Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan (D.0111)
	Faktor risiko untuk masalah risiko jatuh adalah: 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: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropati 17. Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, penurunan fungsi motoric & mukuloskeletal, kaku kelemahan anggota gerak,	Risiko jatuh (D.0143)

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian khusus mengenai respon pasien

terhadap masalah-masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung secara aktual maupun secara. Diagnosa keperawatan dalam penelitian ini yaitu diagnosa actual. Diagnosa aktual terdiri dari tiga komponen yaitu masalah (*problem*), penyebab (*etiologi*), tanda (*sign*), dan gejala (*symptom*) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa-diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus Appendiktomi antara lain sebagai berikut :

- 1) Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan Peningkatan tekanan darah
- 2) Penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan afterload
- 3) Hipervolemia (D.0022) berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
- 4) Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- 5) Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- 6) Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan
- 7) Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan hambatan lingkungan
- 8) Ansietas (D.0080) berhubungan dengan Krisis situasional
- 9) Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif
- 10) Risiko jatuh (D.0143) berhubungan dengan usia $\geq$ 65 tahun dan riwayat jatuh

2.3.4 Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan pendukung. Intervensi utama dari diagnosa keperawatan nyeri akut adalah manajemen nyeri dan pemberian analgesik. Intervensi pendukung diantaranya edukasi efek samping obat, edukasi manajemen nyeri, edukasi teknik napas dalam, kompres dingin, kompres hangat, latihan pernapasan dan teknik distraksi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator- indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Ekspektasi luaran keperawatan terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang, baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.11 Rencana Keperawatan Hipertensi

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan Peningkatan tekanan darah Definisi: Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Penyebab: Peningkatan tekanan darah Gejala dan Tanda Mayor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin	Perfusi perifer meningkat (L.02011) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 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 1. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku

	4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun Gejala dan Tanda Minor: Subjektif: 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) Objektif: 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial <0,90 4. Bruit femoral		6. Lakukan hidrasi Edukasi 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki) 8. Anjurkan program rehabilitasi vaskular 9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
2	Penurunan curah jantung (D.0008) berhubungan dengan perubahan afterload Definisi: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh Penyebab: Perubahan afterload Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. perubahan afterload (dispnea) objektif perubahan afterload 1. Tekanan darah	Curah jantung meningkat (L.02008) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Ejection fraction (EF) meningkat 3. Palpitasi menurun 4. Bradikardia menurun 5. Takikardia menurun 6. Gambaran EKG Aritmia menurun 7. Lelah menurun 8. Edema menurun 9. Distensi vena jugularis menurun 10. Dispnea menurun	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 6. Monitor saturasi oksigen 7. Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi,

	meningkat/menurun 2. Nadi perifer teraba lemah 3. <i>Capillary refill time</i> >3 detik 4. Oliguria 5. Warna kulit pucat dan/atau sianosis	11. Oliguria menurun 12. Pucat/sianosis menurun 13. Paroximal nocturnal dyspnea (PND) menurun 14. Ortopnea menurun 15. Batuk menurun 16. Suara jantung S3 menurun 17. Suara jantung S4 menurun 18. Tekanan darah membaik 19. Pengisian kapiler membaik	durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) 8. Monitor EKG 12 sadapan 9. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 10. Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) 11. Monitor fungsi alat pacu jantung 12. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 13. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik 1. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 3. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 6. Berikan dukungan emosional dan spiritual 7. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% Edukasi 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian 5. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung
--	---	--	--

3	Hipervolemia (D.0022) berhubungan dengan kelebihan asupan cairan Definisi: Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular Penyebab: Kelebihan asupan cairan Gejala dan Tanda Mayor: Subjektif 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) Objektif 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. <i>Jugular Venous Pressure</i> (JVP) dan/atau <i>Central Venous Pressure</i> (CVP) 4. Refleks hepatojugular positif Gejala dan Tanda Minor: Subjektif (tidak ada) Objektif 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara napas tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb/Ht turun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak dari	Keseimbangan cairan meningkat (L.03020) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka keseimbangan cairan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Output urin meningkat 3. Membrane mukosa lembab meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Frekuensi nadi membaik 8. Kekuatan nadi membaik 9. Tekanan arteri rata-rata membaik 10. Mata cekung membaik 11. Turgor kulit membaik	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat) 7. Monitor kecepatan infus secara ketat 8. Monitor efek samping diuretic (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hiponatremia) Terapeutik 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat Edukasi 1. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 2. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 3. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretic 2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic 3. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT) jika perlu
---	---	--	--

	output (balans cairan positif) 7. Kongesti paru		
4	Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan Penyebab: Agen pencedera fisiologis Gejala dan tanda mayor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Gejala dan tanda minor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif 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	Tingkat nyeri menurun (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

5	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot Definisi: Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri Penyebab: Penurunan kekuatan otot Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak ROM menurun Gejala dan tanda minor: Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	Mobilitas fisik meningkat (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
6	Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan Definisi: Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari Penyebab: Kelemahan	Toleransi aktivitas meningkat (L.05047) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan Lelah menurun	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

	Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. Mengeluh lelah Objektif 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Gejala dan tanda Minor: Subjektif 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/ setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis	2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik	aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
7	Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan hambatan lingkungan Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Penyebab: Hambatan lingkungan Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah	Pola tidur membaik (L.05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik odifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, an tempat tidur) atasi waktu tidur siang, jika perlu asilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

	5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif (Tidak tersedia) Gejala dan tanda minor: Subjektif 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif (Tidak tersedia)		etapkan jadwal tidur rutin akukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) esuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang klus tidur-terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
8	Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman Penyebab: Krisis situasional Gejala dan tanda mayor: Subjektif 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	Tingkat ansietas menurun (L.09093) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	Terapi relaksasi (I.09326) Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesiadaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar

	3. Sulit berkonsentrasi Objektif • Tampak gelisah • Tampak tegang • Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya Objektif 1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaforesis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu		4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
9	Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi Definisi: Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Penyebab: Kurang terpapar informasi Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Menanyakan masalah yang	Tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

	dihadapi Objektif 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan tanda minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
10	Risiko jatuh (D.0143) berhubungan dengan kekuatan otot menurun dan riwayat jatuh Definisi: Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh Faktor risiko: 1. Usia >65 tahun 2. Riwayat jatuh 3. Penggunaan alat bantu berjalan 4. Kekuatan otot menurun	Tingkat jatuh menurun (L.14138) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka 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	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: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

			5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
--	--	--	---

2.3.5 Implementasi

Implementasi merupakan langkah ke empat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Menurut Asmadi (2020) dalam melakukan implementasi keperawatan terdapat tiga jenis implementasi yaitu :

1. *Independent implementations* adalah suatu tindakan dilakukan secara mandiri oleh perawat tanpa petunjuk dari tenaga kesehatan lainnya yang bertujuan untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan klien, contohnya membantu klien dalam memenuhi *activity daily living* (ADL)
2. *Interdependent atau collaborative implementations* adalah tindakan perawat yang dilakukan berdasarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain, contohnya dalam pemberian obat
3. *Dependent implementations* adalah pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis seperti ahli gizi, psikolog, psikoterapi, dll dalam hal pemberian nutrisi kepada klien sesuai diet dengan yang telah dibuat oleh ahli gizi dan latihan fisik sesuai dengan anjuran bagian fisioterapi.

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah membandingkan suatu hasil dengan standar untuk pengambilan keputusan yang tepat, sehingga dapat diketahui sejauh mana tujuan tercapai. Evaluasi dilakukan secara terus-menerus pada respon klien pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua

yaitu: evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi sumatif atau hasil dilakukan dengan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan. Evaluasi sumatif dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Padila, 2020)

S : ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien saat diberikan tindakan keperawatan

O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi dengan menggunakan pengamatan objektif

A : analisa perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa

I : Implementasi tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan

E : Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

R : kembali ke tindakan/perencanaan

2.3.7 Catatan Perkembangan

Sedangkan dalam catatan perkembangan yang dilakukan setelah evaluasi dilakukan. Catatan perkembangan dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAPIER yaitu :

S: Ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien saat diberikan tindakan keperawatan

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi dengan menggunakan pengamatan objek

A: Analisa perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa

I: Implementasi tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan

E: Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

R: Kembali ketindakan/perencanaan

Apabila dalam penilaian tujuan tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal ini dapat terjadi karena beberapa faktor yaitu :

- a. Tujuan tidak realistik
- b. Tindakan keperawatan yang tidak dapat diatasi
- c. Ada faktor yang tidak dapat diatasi

2.3.8 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien, pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah – masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan. Dokumentasi intervensi dan implementasi adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah langkah pemecah masalah dan prioritasnya meliputi tujuan, kriteria hasil, nama jelas dan paraf perawat. Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.

2.4 Konsep Terapi Herbal Tomat (*Solanum lycopersicum*)

2.4.1 Karakteristik Tomat (*solanium lycopersicum*)

Tomat memiliki biji yang banyak daun, berbentuk pipih, biji tomat memiliki warna kuning, buah tomat dapat dimakan secara langsung atau dapat diolah dulu seperti, dibuat jus tomat, dibuat saus tomat, dibuat acar dan lain-lain. Selain buahnya yang dapat dikonsumsi ada daun yang dapat dimanfaatkan sebagai sayur mayur, tomat buah yang berbentuk bulat dan ada yang oval yang berwarna merah jika sudah masak, dan juga memiliki daging tebal (Thalia, 2019).

2.4.2 Kandungan Tomat (*solanium lycopersicum*)

Tomat memiliki banyak kandungan, berikut adalah kandungan tomat (*solanium lycopersicum*) :

1. Vitamin C

Didalam vitamin C terdapat mikrenetrial esensial yang diperlukan oleh metabolisme pada tubuh yang normal, vitamin ini merupakan antioksidan utama yang dengan mudah larut kedalam tubuh yang berguna sebagai menurunkan tekanan darah dan level kolesterol (Thalia, 2019).

2. Vitamin A

vitamin A memiliki khasiat untuk kesehatan mata, kesehatan kulit serta bermanfaat sebagai pencegah jerawat (Thalia, 2019).

3. Vitamin B1

vitamin B1 dapat bermanfaat membentuk energi yang berguna untuk menyehatkan jantung serta memiliki manfaat sebagai metabolisme karbohidrat (Thalia, 2019).

4. Vitamin B2

Vitamin B2 pada tomat bermanfaat sebagai mencegah penyakit kanker, katarak dan sakit kepala (Thalia, 2019).

5. Vitamin B3

Memiliki manfaat untuk penurunan kolesterol jahat dan bermanfaat untuk mengurangi gangguan pada persendian, bermanfaat juga sebagai melepaskan energi dan zat nutrient serta bermanfaat untuk mengurangi depresi (Thalia, 2019).

6. Vitamin B6

Vitamin B6 memiliki manfaat untuk penyusunan sel-sel darah merah dan mendukung untuk meringankan tanda hipertensi (Thalia, 2019).

7. Vitamin B9

Vitamin B9 memiliki manfaat untuk membantu perkembangan pada janin, bermanfaat juga sebagai obat anemia (Thalia, 2019).

8. Vitamin E

Vitamin E memiliki manfaat untuk melindungi lemak tubuh dari serangan radikal bebas, oleh sebab itu didalam vitamin E memiliki zat antioksidan yang mudah larut dalam lemak. Sedangkan lemak bermanfaat sebagai membran sel yang memiliki fungsi sebagai melindungi liver (Thalia, 2019).

9. *Likopen*

Didalam tomat mengandung likopen yang bermanfaat untuk antioksidan sehingga dapat berfungsi untuk melumpuhkan radikal bebas, likopen bermanfaat juga sebagai menyeimbangkan kadar kolesterol darah dalam tubuh

dan bermanfaat untuk mengatur tekanan darah, serta bermanfaat sebagai merenggakan sel saraf jantung yang tegang, yang diakibatkan oleh endapan kolesterol dan endapan glukosa dengan menghambat pelepasan oksigen reaktif terhadap endotel yang menghalangi dilatasi pembuluh darah, ini adalah salah satu patofisiologi tomat digunakan menurunkan tekanan darah (Ismalia et al., 2019).

10. *Bioflavonoid*

Didalam tomat mengandung bioflavonoid yang berfungsi sebagai mengurangi bahaya kolesterol didalam tubuh dan berfungsi juga sebagai mencegah penggumpalan darah. Bioflavonoid mudah larut didalam air sehingga dapat berfungsi untuk melancarkan keluar air seni sehingga mengakibatkan antihipertensi. Hal ini memiliki hubungan dengan ACE sehingga angiotensin I mengakibatkan dapat diubah sebagai angiotensin II. Mengakibatkan jumlah angiotensin II berkurang dan mengakibatkan vasokonstriksi dan sekresi aldosteron untuk reabsorpsi natrium dan air. Secara otomatis mengakibatkan berkurang menjadikan tekanan darah akan menurun (Thalia, 2019).

11. Kalium

Kalium berpengaruh pada sistem renin angiotensin, sehingga dapat menghalangi pengeluaran renin. Renin berfungsi merubah angiotensinogen sebagai angiotensin I akibat adanya faktor blok pada sistem, kemudian

pembuluh darah terjadi vasodilator menyebabkan turunnya tekanan darah (Ismalia et al., 2019).

12. Magnesium

Magnesium memiliki manfaat untuk produksi energi serta bermanfaat sebagai pembentukan protein (Thalia, 2019).

13. Fosfor

Fosfor berguna untuk membantu menjadikan tulang dan gigi agar kuat (Thalia, 2019).

2.4.3 Manfaat Tomat (*Solanum lycopersicum*)

Tomat (*Solanum lycopersicum*) memiliki manfaat bagi kesehatan diantaranya adalah :

1. Menurunkan Tekanan Darah

Tomat (*solanum lycopersicum*) banyak kalium, kurang mengandung natrium dan juga lemak, kerja kalium untuk menghalangi pelepasan renin, sehingga dapat menjadi sistem renin angiotensin. Biflavonoid yang ada di tomat bermanfaat untuk mengurangi kolesterol dan bermanfaat juga untuk mencegah penggumpalan darah. Selain kalium, tomat juga mengandung likopen, yang bermanfaat untuk antioksidan sehingga dapat berfungsi untuk melumpuhkan radikal bebas, bermanfaat juga sebagai menyeimbangkan kadar kolesterol darah dalam tubuh dan bermanfaat untuk mengatur tekanan darah (Thalia, 2019).

2. Melawan Kanker

Di dalam tomat mengandung likopen yang tinggi dan mengandung serat yang

tinggi. Kedua zat ini yang ampuh untuk berbagai kanker, seperti kanker mulut, kanker prostat, kanker tenggorokan, lambung, usus besar serta kanker ovarium, zat antioksidan yang lain dalam tomat dapat digunakan untuk menangkal radikal bebas (Thalia, 2019).

3. Menyehatkan Jantung

Tomat (*solanum lycopersicum*) memiliki kandungan kalium dan mineral yang cukup tinggi yang berguna bagi jantung. Kalium bermanfaat untuk denyut jantung dan bermanfaat untuk menjaga supaya stabil, hal ini membantu terhindar penyakit jantung, hipertensi dan lain sebagainya (Thalia, 2019)

4. Menyehatkan paru-paru

Dokter sangat menyarankan agar kita sering mengkonsumsi tomat, di karenakan buah tomat memiliki banyak manfaat salah satunya menyehatkan paru-paru, tomat juga membantu membersihkan paru- paru dari penyakitnya (Thalia, 2019)

5. Menyehatkan Hati

Didalam tomat mengandung zat antioksidan yang memiliki manfaat menjaga organ hati dari penyakit kanker, kemudian ada kandungan vitamin, mineral dan serat cukup tinggi (Thalia, 2019).

6. Menyehatkan Mata

Kandungan vitamin A yang ada di dalam tomat cukup tinggi selain itu juga ada kandungan thiamin, niacin serta folat. Nutrisi-nutrisi ini mampu untuk menyembuhkan gangguan kesehatan yang ada di mata (Thalia, 2019).

7. Mencegah dan Mengobati Diabetes

Kandungan sodium, kromium dan seng yang ada didalam tomat bermanfaat untuk menstabilkan kadar gula dalam darah. Diabetes atau glukosa adalah masalah diakibatkan karena tingginya glukosa dalam darah. Sering buang air kecil, merasa haus termasuk tanda dari glukosa (Thalia, 2019).

8. Mencegah Sembelit

Tomat (*solanum lycopersicum*) banyak memiliki kandungan serat yang baik untuk penderita sembelit. Serta mampu untuk mengontrol pola buang air besar agar menjadi lancar. Hal ini dapat mencegah agar terhindar dari penyakit sembelit (Thalia, 2019).

9. Menurunkan Kolesterol

Tomat (*solanum lycopersicum*) kaya akan dengan serat yang memiliki manfaat untuk bersaing dan usus dan lemak, serat dan lemak berakibat, pada turun penyerapan LDL (Low Density Lipoprotein) atau kolesterol buruk dan 13 menaikkan produksi serta penyerapan kadar HDL (High Density Lipoprotein) atau kolesterol baik yang diperlukan tubuh (Thalia, 2019).

2.4.4 Penatalaksanaan Terapi herbal dengan buah tomat (*Solanum lycopersicum*)

Menurut Standar Prosedur Operasional (SPO), 2021 :

Tahap Prainteraksi

6. Cek catatan keperawatan dan medis klien
7. Kaji kebutuhan Klien akan pemberian jus tomat

8. Cuci tangan
9. Siapkan alat
 - a. Blender
 - b. Buah tomat
 - c. Pisau
 - d. Mangkuk
 - e. Gelas putih
 - f. Air
 - g. Lap
 - h. Sendok
 - i. Gula
 - j. Sedotan
5. Cuci Tangan

Tahap Orientasi

1. Salam pembuka dan perkenalkan diri
2. Jelaskan prosedur
3. Kontrak waktu
4. Tujuan tindakan pada klien
5. Tanyakan keluhan klien
6. Berikan kesempatan klien untuk bertanya

Tahap Kerja

- 1 Sediakan privasi bagi klien
- 2 Ambil 3 buah tomat dengan ukuran sedang atau 5 biji tomat dengan ukuran

kecil diingat juga sebaiknya pilihlah buah tomat yang berwarna merah

- 3 Cuci bersih tomat tersebut
- 4 Potong tomat kecil-kecil agar mudah memblendernya
- 5 Masukkan buah tomat yang sudah dicuci dan dipotong kedalam blender
- 6 Tambah gula 1 sendok bila ingin manis
- 7 Tambahkan 50 ml atau $\frac{1}{2}$ gelas air putih berukuran kecil
- 8 Buah tomat siap di blender
- 9 Tunggu sampai tomat selesai di blender
- 10 Tuang tomat yang telah selesai di blender ke dalam gelas
- 11 Sajikan jus tomat kepada klien
- 12 Bersihkan dan rapikan alat
- 13 Cuci tangan

Tahap Terminasi

1. Evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang dilakukan
2. Cuci tangan efektif

Tahap Dokumentasi

1. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan
2. Catat respon klien
3. Sampaikan hasil pemeriksaan klien
4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya

2.5 Konsep *Evidence Based Practice* (EBP)

2.5.1 Pengertian *Evidence Based Practice* (EBP)

Evidence Based Practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu update atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien. Pentingnya *Evidence Based Practice* dalam kurikulum *undergraduate* juga dijelaskan didalam (Sin & Bleques, 2017 dalam novi 2019) menyatakan bahwa pembelajaran *Evidence Based Practice* pada *undergraduate* student merupakan tahap awal dalam menyiapkan peran mereka sebagai registered nurses (RN).

2.5.2 Tujuan *Evidence Based Practice* (EBP)

Tujuan utama di implementasikannya *evidence based practice* di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih tepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., 2012 dalam nofi 2019).

2.5.3 Langkah dalam Pembuatan EBP

a. Tahap EPB

- 1) Menumbuhkan semangat menyelidiki
- 2) Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICOPICOT format
- 3) Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICOT/PICOT.
- 4) Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian)

- 5) Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan.
 - 6) Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti.
 - 7) Menyebar luaskan hasil dari *Evidence Based Practice* (EBP).
- a. Format PICOT

Tabel PICOT

No	Kriteria	Kritikal Thinking
1	P (Population/Problem)	Lansia dengan hipertensi
2	I (Intervention)	Jus tomat
3	C (Comparison)	Terdapat comparison
4	O (Outcome)	Penurunan tekanan darah
5	T (Time)	Setelah diberikan intervensi 7 hari

b. Seleksi Data / Literatur

Seleksi data dilakukan melalui beberapa tahapan berikut:

- a. Kata Kunci:
 - Lansia, hipertensi, jus tomat.
- b. Database: Google Scholar
- c. Kriteria inklusi:

- Artikel 5 tahun terakhir (2020–2025).
- Bahasa Inggris atau Indonesia.
- d. Jenis penelitian:
 - Quasi eksperimen .
- e. Subjek penelitian: 1
 - Lansia dengan hipertensi.
- f. Kriteria eksklusi:
 - Artikel di luar topik.
 - Tidak ada teks lengkap.
 - Tahun publikasi lebih dari 5 tahun.
- g. Tahapan seleksi (PRISMA Flow):
 - *Identifikasi* → jumlah artikel hasil pencarian awal.
 - *Screening* → seleksi berdasarkan judul & abstrak.
 - *Eligibility* → membaca full text.
 - *Included* → artikel akhir yang digunakan sebagai dasar EBP.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Ny.T
Tempat tanggal lahir	: Garut, 1960
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Janda (ditinggal meninggal)
Agama	: Islam
Suku	: Sunda

b. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

Pekerjaan saat ini	: Sudah tidak bekerja
Pekerjaan sebelumnya	: Pedagang
Sumber pendapatan	: Dari anaknya
Kecukupan Pendapatan	: Cukup

c. Lingkungan tempat tinggal

Ruangan di rumah klien bersih dan rapi karena anaknya selalu membersihkannya, penerangan cukup baik karena banyaknya jendela dan lampu selalu dinyalakan di malam hari. Sirkulasi udara baik karena setiap pagi pintunya selalu dibuka agar udara masuk. Keadaan kamar mandi bersih, namun sedikit licin. Sumber air minum dari air galon,

sumber pembuangan sampah ke TPSU setempat. Tidak ada sumber pencemaran udara, sampah, maupun air karena jauh dari industri dan jalan raya

d. Riwayat kesehatan

Status Kesehatan saat ini

1. Keluhan utama dalam 1 tahun ini : nyeri kepala, nyeri pinggang
2. Gejala yang dirasakan : Nyeri seperti ditusuk dan ditekan
3. Faktor Pencetus : Hipertensi
4. Timbulnya keluhan : mendadak
5. Upaya mengatasi : Terapi herbal dan beristirahat

Riwayat kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah di derita klien : asam urat
2. Riwayat alergi (obat, makanan) : tidak ada
3. Riwayat kecelakaan : klien pernah jatuh di depan rumahnya
4. Riwayat pernah di rawat di RS : belum pernah
5. Riwayat pemakaian obat : klien selalu mengkonsumsi obat yang dijual di warung

e. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan sering nyeri dibagian kepala belakang yang berangsur lebih dari 5 bulan.

2) Riwayat penyakit sekarang

Pada saat dikaji tanggal 14 Juli 2025 pukul 11.00 WIB, klien mengatakan sering nyeri kepala, nyeri dirasakan ketika sedang terdiam dan beraktivitas, nyeri dirasakan pada bagian kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat nyeri menurun ketika diistirahatkan skala yang dirasakan 5 (0 – 10), nyeri sering timbul secara mendadak (sewaktu – waktu).

3) Riwayat kesehatan dahulu

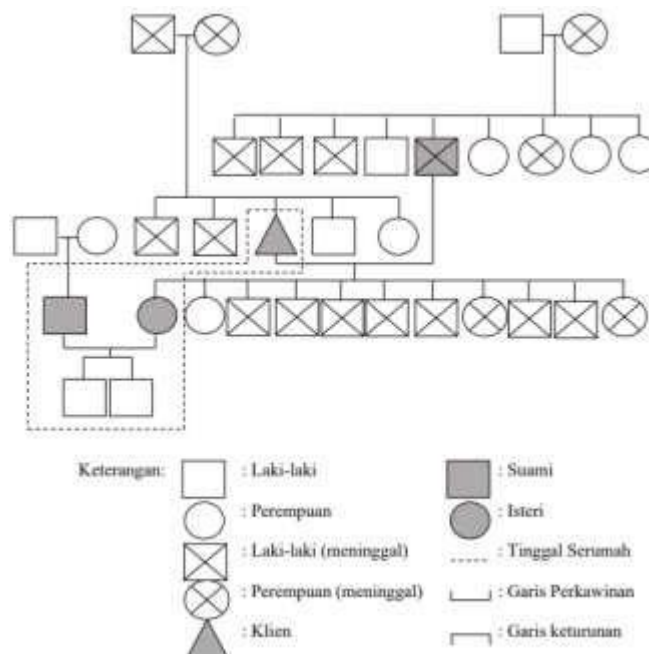
Klien mengatakan bahwa ia pernah menderita penyakit asam urat.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien dan keluarga mengatakan bahwa di dalam keluarganya tidak terdapat penyakit yang sama seperti yang dialaminya, klien dan keluarga juga mengatakan bahwa di dalam keluarganya tidak ada yang mengidap penyakit menular seperti HIV, TBC, Hepatitis ataupun penyakit turunan seperti diabetes.

Genogram:

Bagan 3.1 Genogram Keluarga Ny.T



f. Pola kesehatan fungsional

1) Pemeliharaan Kesehatan

Klien dan keluarga mengatakan jika klien sedang sakit klien jarang diperiksa ke dokter ataupun ke puskesmas, dan klien belum tahu rinci tentang penyakit hipertensi jika klien sedang sakit klien hanya meminum terapi herbal saja.

2) Nutrisi dan metabolik

Tabel 3.1 Nutrisi dan Metabolik Ny.T

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	POLA MAKAN		
	Jenis	Nasi,Ikan,Daging, sayuran	Nasi,Ikan,Daging, sayuran
	Porsi	½ porsi	½ porsi
	Frekuensi	3x/hari	2x/hari
	Diet khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Makanan disukai	Nasi goreng	Nasi goreng
	Kesulitan menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Nafsu makan	Baik	Sedikit menurun
	keluhan	Tidak ada	Tidak ada
2.	POLA MINUM		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	7-8 gelas	6-7 gelas
	Jumlah	-	-
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang disukai	Kopi	Kopi
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

3) Pola eliminasi

Tabel 3.2 Pola Eliminasi Ny.T

NO	JENIS	SEHAT	SAKIT
----	-------	-------	-------

1.	BAB Frekuensi Warna Masalah	1x sehari Kuning Khas feses Tidak ada	1x sehari Kuning Khas feses Tidak ada
2.	BAK Frekuensi Jumlah Warna Masalah	5-6x/hari - Kuning jernih Tidak ada	5-6x/hari - Kuning jernih Tidak ada

4) Pola aktivitas sehari hari

Tabel 3.3 Pola Aktivitas sehari-hari Ny.T

NO	JENIS	Sehat					Sakit				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1.	Mandi	✓					✓				
2.	Berpakaian	✓					✓				
3.	Eliminasi	✓					✓				
4.	Mobolitas ditempat Tidur	✓					✓				
5.	Berpindah	✓					✓				
6.	Berjalan	✓						✓			
7.	Memasak	✓									✓
8.	Naik tangga	✓									✓
9.	Pemeliharaan rumah	✓									✓
10.	Berbelanja	✓									✓

Keterangan: 0 : Mandiri
 1: alat bantu
 2: di bantu orang lain
 3: dibantu orang lain
 – alat
 4: tergantung/tidak
 mampu

NO	JENIS	SEHARI HARI
1.	Mandi	Frekuensi :2 x sehari Jenis : mandiri
2.	Berpakaian	Frekuensi : 2x sehari Jenis : mandiri
3.	Mobilitas ditempat tidur	Frekuensi : 2x sehari Jenis : mandiri

5) Pola Persepsi Kognitif

a) Berbicara

klien dapat berbicara dan berkomunikasi dengan baik dan lancar

b) Bahasa

Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa sunda

c) Kemampuan membaca

Klien mampu membaca dengan menggunakan kacamata

d) Tingkat ansietas

Klien sedang dalam keadaan cemas, klien tampak sedih

e) Kemampuan berinteraksi

Klien mampu berorientasi dengan baik, dan dapat berinteraksi dengan orang baru maupun lingkungan baru.

f) Fungsi penglihatan

Klien mengatakan penglihatannya buram saat sedang membaca, maka saat membaca klien membutuhkan kacamata

g) Fungsi pendengaran

Klien mengatakan pendengarannya jelas

h) Fungsi penciuman

Klien mampu membedakan terhadap bau kayu putih,

kopi dan yang lainnya

6) Pola istirahat tidur

Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur Ny.T

	JENIS	2 HARI SEBELUMNYA	1 HARI SEBELUMNYA
	Tidur siang Lama tidur Keluhan	±2jam -	±2jam -
	Tidur malam Lama tidur Keluhan	4-5 jam Kadang sulit tidur	4-5 jam Kadang sulit tidur

7) Pola konsep diri

1) Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai tubuhnya meskipun sudah sulit dalam melakukan aktivitas sehari-hari

2) Ideal diri

Klien berharap dapat sembuh dari sakitnya, dan organ tubuhnya dapat berfungsi seperti dulu. Klien berharap keluarganya dapat menerima kondisinya saat ini, dan klien berharap setelah sembuh, klien dapat membantu pekerjaan rumah tangga dan mengikuti pengajian di lingkungannya.

3) Identitas diri

Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang ibu dari anaknya dan seorang nenek dari cucu-cucunya.

4) Harga diri

Klien mengatakan bahwa dengan kondisinya saat ini klien merasa tetap percaya diri untuk menjalani kehidupannya.

5) Peran diri

Klien mengatakan bahwa dengan kondisinya saat ini, peran sebagai seorang ibu ataupun seorang nenek sedikit terhambat karena tidak bisa melakukan apa-apa.

8) Pola peran dan hubungan

Hubungan klien dengan anggota keluarganya sangat baik, meskipun selama sakit peran klien sebagai ibu dan nenek tidak terpenuhi, anggota keluarganya tetap memahami konsisi nya dan tidak mempermasalahkannya.

9) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan sudah tidak ada kemauan untuk melakukan hubungan seksualitas karena suaminya sudah meninggal dan faktor usia. Klien sudah menopause.

10) Pola pertahanan diri atau koping

Klien mengatakan jika merasa sedih, klien lebih baik tidur atau berdoa untuk menghindari stress nya. Setiap ada permasalahan yang terjadi pada dirinya, klien selalu membicarakannya kepada anaknya untuk mendapatkan pemecahan masalahnya.

11) Pola keyakinan dan Nilai

Klien beragama islam, klien mengatakan dahulu klien selalu mengikuti kegiatan keagamaan di lingkungan sekitar tempat tinggalnya. Klien selalu berdoa dan melaksanakan sholat 5

waktu.

12) Pemeriksaan status mental dan spiritual

Kondisi emosi/perasaan klien

- (a) Apa suasana hati yang menonjol pada klien
(sedih/gembira)

Suasana yang menonjol pada klien adalah gembira

- (b) Apakah emosinya sesuai dengan ekspresi wajahnya
(ya/tidak)

Emosi klien sesuai dengan ekspresi wajah klien.

Kebutuhan spiritual klien

- (a) Kebutuhan untuk beribadah (terpenuhi/tidak terpenuhi)

Kebutuhan ibadah klien terpenuhi

- (b) Masalah-masalah dalam pemenuhan kebutuhan
spiritual

Tidak ada masalah

- (c) Upaya untuk mengatasi masalah pemenuhan
kebutuhan spiritual

Tidak ada masalah

13) Pemeriksaan Fisik

1) Keadan umum

Kesadaran : *Compos Mentis* dengan GCS = 15

E = 4, V = 5, M = 6

Penampilan : klien terlihat bersih

2) Pemeriksaan TTV

Tekanan darah : 180/90 mmHg Nadi : 89x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,5 °C

a) Sistem integumen

(1) Kulit : saat di inspeksi warna kulit klien sawo matang, kulit klien tampak keriput, tidak ada lesi.

Pada saat di palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, saat dicubit kulit tampak kembali dengan waktu >2 detik.

(2) Kuku : tampak bersih, tidak terdapat lesi disekitar kuku, CRT <2 detik

b) Sistem penglihatan

Saat di inspeksi bentuk mata simetris kanan dan kiri, sklera putih, konjungtiva merah muda, pupil isokor terbukti saat diberi rangsangan cahaya, klien tidak bisa membaca tulisan dari jarak 35-40 cm.

c) Sistem pendengaran

Pada saat di inspeksi telinga simetris antara kanan dan kiri, tekstur halus, tidak tampak adanya serumen, tidak ada lesi maupun nyeri tekan, klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

d) Sistem Pernafasan

- (1) Hidung : lubang hidung simetris antara kanan kiri, tidak ada pernafasan cuping hidung, tampak bersih, tidak ada nyeri tekan di daerah hidung fungsi penciuman baik, saat diberi rangsangan bau-bauan klien mampu membedakan kayu putih dan parfum.
- (2) Paru-paru : bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, irama teratur, frekuensi 21x/menit

e) Sistem Kardiovaskuler

- (1) Jantung : bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak ada peningkatan JVP, irama jantung regular, bunyi jantung lup dup (S1, S2).
- (2) Pembuluh darah : CRT <2 detik, tidak ada sianosis

f) Sistem Gastrointestinal

Pada saat di inspeksi Mukosa bibir lembab, keadaan bibir bersih, warna bibir hitam kecoklatan, gigi tidak lengkap, gigi tampak kekuningan, tidak ada karang gigi, fungsi menelan baik. Bentuk perut datar, saat di auskultasi bunyi perut tympani, bising usus 11x/menit, dan saat di palpasi tidak ada nyeri tekan.

g) Sistem perkemihan

Tidak ada pembesaran ginjal, saat dipalpasi klien tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi pada kandung kemih, tidak terdapat keluhan pada sistem perkemihan, buang air kecil normal, tidak ada nyeri pada saat BAK, warna urine kuning jernih.

h) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak mempunyai riwayat penyakit berat atau menular.

i) Sistem muskuloskeletal

(1) Ekstremitas atas :

Letak tangan simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi, benjolan, edema, maupun nyeri tekan, tangan kanan dan kiri mampu di gerakan segala arah, di ekstremitas atas klien, kekuatan otot 5.

(2) Ekstremitas bawah :

Letak simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat lesi, benjolan, edema maupun nyeri tekan di ekstremitas klien, kekuatan otot 5 dan 4

Kekuatan otot:

Tangan kanan 5	Kaki kanan 5

Tangan kiri 5 Kaki kiri 4

Keterangan:

4: kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

5: kekuatan otot utuh

j.) Pengkajian Apgar Keluarga

Tabel 3.5 APGAR Keluarga Ny.T

NO	ITEM PENILAIAN	SELALU	KADANG KADANG	TIDAK PERNAH
		(2)	(1)	(0)
1.	A : ADAPTASI Saya puas karna saya dapat kembali ke keluarga (teman teman) saya untuk membantu pada sesuatu mengusahakan saya	✓		
2.	P : PARTHNERSHIP Saya puas karna saya dapat kembali ke keluarga (teman teman) membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya	✓		
3.	G : GROWTH Saya puas nahwa keluarga teman teman menerima mendukung keinginan saya untuk aktifitas dan keinginan yang baru.		✓	
4.	A : AFEK Saya puas dengan cara keluarga 9 teman-teman) saya mengekpresikan afek dan berespon terhadap emosi emosi saya seperti marah sedih dan mencintai		✓	
5.	R : RESOLVE Saya puas dengan cara teman teman saya dan saya menyediakan waktu bersama sama mengekspresikan afek dan berespon	✓		
	JUMLAH	7		

Penilaian: 0-3 : disfungsi keluarga sangat tinggi

4-6 : disfungsi keluarga sedang

>6 : tidak terjadi disfungsi keluarga

Interpretasi pada Ny.T dengan hasil (Tidak terjadi disfungsi keluarga)

j) PENGKAJIAN FUNGSI KOGNITIF (SPMSQ)

Tabel 3.6 Pengkajian Fungsi Kognitif (SPMSQ) Ny.T

NO	ITEM PERTANYAAN	BENER	SALAH
1.	Jam berapa sekarang? Jawab : jam 11.00	✓	
2.	Tahun Berapa Sekarang ? Jawab : 2025	✓	
3.	Kapan ibu lahir? Jawab :		✓
4.	Berapa umur ibu jawab : 65 tahun	✓	
5.	Berapa jumlah anggota yang tinggal bersama ibu ? Jawab : 4 orang	✓	
6.	Dimana alamat ibu ? Jawab: desa jati	✓	
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama ibu? Jawab : anak dan cucu	✓	
8.	Tahun berapa hari kemerdekaan RI ? Jawab : 1945	✓	
9.	Siapakah presiden indonesia sekarang? Jawab : Prabowo	✓	
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20-1 Jawab : 20,19,18,17,16,15,14,13,12,11,10 Dst	✓	

salah 1 Skor

salah : 0-2 : fungsi intelektual utuh

3-4 : kerusakan intelektual Ringan

5-7 : kerusakan intelektual sedang

8-10: kerusakan intelektual berat

Interpretasi pada Ny.T dengan hasil kerusakan intelektual ringan

FORMAT PENGKAJIAN MMSE

Tabel 3.7 Format Pengkajian MMSE Ny.T

NO	ITEM PENILAIAN	BENER	SALAH
1.	ORIENTASI 1. Tahun berapa sekarang ?2022 2. Musim apa sekarang ? hujan 3. Tanggal berapa sekarang ? 25 Februari 2022 4. Hari apa sekarang ? jumat 5. Bulan apa sekarang ? maret 6. Dinegara apa anda tinggal ? indonesia 7. Diprovinsi mana anda tinggal ? jawa barat 8. Dikabupaten mana anda tinggal? garut 9. Dikecamatan mana anda tinggal ? tarogong kaler 10. Didesa mana anda tinggal ? sirnajaya	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	
2.	REGISTRASI 11. meja 12. Kursi 13. TV	✓ ✓ ✓	
3.	PERHATIAN DAN KALKULASI Meminta klien mengeja kata 5 huruf dari belakang BAPAK 14.K 15.A 16.P 17.A 18.B	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	✓
4.	MENGINGAT Meminta klien mengulang objek diatas 19. Meja 20. Kursi 21. TV	✓ ✓ ✓	
5.	BAHASA a. penamaan Tunjukan 2 benda daan meminta klien untuk meletakan dibawah 22. jam 23. pensil b. pengulangan minta klien mengulang 3kalimat berikut 24. “tak ada jika, dan, atau tetapi”	✓ ✓ ✓	

	c. perintah 3 langkah 25. ambil kertas 26. lipat dua	✓	
	27. taruh dilantai d. Turuti hal brikut 28. tutup mata 29. tulis satu kalimat 30. salin gambar	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	
	JUMLAH		29

≤ 21 : kerusakan kognitif

>21: tidak terjadi kerusakan kognitif

Interpetasi pada Ny.T dengan hasil 29 tidak terjadi kerusakan kognitif

L) PENGKAJIAN STATUS FUNGSIONAL (Indeks kemandirian katz)

Tabel 3.8 KATZ indeks Ny.T

NO	AKTIVITAS	MANDIRI	TERGANTUNG
1.	Mandi Mandiri: bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Bergantung: 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 atau mengikat pakaian. Tergantung: tidak dapat memakai baju sendiri atau baju hanya sebagian.	✓	
3.	Ke kamar kecil Mandiri: masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri. Tergantung: menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot.	✓	

4.	Berpindah Mandiri: berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri. Tergantung: bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih berpindah.	✓	
5.	Kontinen Mandiri: BAK dan BAB seluruh dikontrol sendiri. Tergantung: Inkontinensia parsial atau lokal; penggunaan kateter, pispot, enema, dan pembalut (pampres).	✓	
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 :

Beri tanda (✓) pada poin yang sesuai kondisi klien Analisis hasil

Nilai A: Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB atau 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 ke enam fungsi tersebut.

3) SCREENING FALL FUNGSIONAL REACH (FR)TEST

Tabel 3.9 screening fall fungsional reach (FR)test Ny.T

NO	LANGKAH
1.	Meminta klien berdiri di sisi tembok dan merentangkan tangan Kedepan
2.	Beri tanda letak tangan I
3.	Meminta klien condong kedepan tanpa melangkah selama 1-2 menit dengan Tangan di rentangkan kedepan
4.	Beri tangan di letak II pada posisi condong
5.	Ukur jarak antara tangan ke I dan ke II

Interpretasi:

Usia lebih dari 65 tahun : kurang 6 inchi (15 cm) = resiko jatuh

Hasil pemeriksaan : Saat klien disuruh berdiri, klien terlihat sedikit kesulitan dan harus berpegang pada anaknya ketika saat akan berdiri dan berjalan, dan didapat hasil kurang dari 6 inchi(15 cm), sehingga resiko jatuh

THE TIMED UP AND GO (TUG) TEST

Tabel 3.10 the timed up and go (TUG) test Ny.T

NO	Langkah
1.	Posisi pasien duduk di kursi
2.	Minta pasien berdiri dari kursi, berjalan s

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 : ompaired mobility and is at high risk of falling

Hasil pemeriksaan:

Saat melakukan tindakan, klien membutuhkan waktu lebih dari 30 detik, sehingga resiko tinggi jatuh.

4) GERIATRICE DEPRESSION SCALE (SKALA DEPRESI)

Tabel 3.11 Skala Depresi Ny.T

NO	PERTANYAAN	Ya	Tidak	Score
1.	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	Ya	Tidak	0
2.	Apakah anda telah meninggalkan kegiatan dan kesenangan anda	Ya	Tidak	1
3.	Apakah anda merasa kehidupan kosong	Ya	Tidak	0
4.	Apakah anda sering merasa bosan	Ya	Tidak	0
5.	Apakah anda mempunyai rasa semangat setiap hari	Ya	Tidak	0
6.	Apakah anda merasa takut sesuatu yang terjadi pada kehidupan anda	Ya	Tidak	0
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	Ya	Tidak	0
8.	Apakah sering anda tidak berdaya	Ya	Tidak	1
9.	Apakah anda sering erada di rumah dari pda and keluar dan mengajarkan sesuatu yang baru	Ya	Tidak	1
10.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalahdengan daya ingat anda dibanding kebanyakan orang	Ya	Tidak	0
11.	Apakah anda berpikir bahwa kehidupan anda menggencangkan	Ya	Tidak	0
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti saat ini	Ya	Tidak	0
13/	Apakah anda merasa penuh semangat	Ya	Tidak	1
14.	Apakah anda merasa bahwa kehidupan anda tidak ada harapan	Ya	Tidak	0
15.	Apakah anda pikir bahwa orang lain baik di bandingkan anda	Ya	Tidak	0

INTERPRETASI:

Skor: hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal Setiap jawaban bercetak

tebal mempunyai nilai 1 Skor <5: normal, Skor 5-9: kemungkinan depresi

Skor ≥ 10 : depresi

Hasil pemeriksaan: total skor : 4 (normal)

3.1.2 Analisa Data

Tabel 3.12 Analisa Data Ny.T

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	a. DS : Klien mengatakan sering nyeri dibagian kepala belakang yang berangsur lebih dari 5 bulan DO : a. Terdapat nyeri tekan b. Nyeri skala 5 (0-10) c. TD 180/90 MmHg d. Nadi 89x/menit	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, menyebabkan kerusakan vaskuler pembuluh darah, yang menimbulkan penyumbatan pembuluh darah, penurunan suplai (O₂) ke otak, Yang berujung pada sinkop, adanya peningkatan tekanan vaskuler serebral, menimbulkan retensi pembuluh darah ke otak meningkat, nyeri kepala yang akhirnya menimbulkan nyeri akut ataupun kronis	Nyeri Kronis

2.	DS: a. Klien mengatakan belum tahu dengan rinci tentang penyakit hipertensi. DO : a. Klien tidak dapat menjawab ketika ditanya tentang penyakitnya b. Klien bertanya tentang penyakit penyakit hipertensi c. Klien bertanya tentang cara menurunkan darah. d. Klien tidak meminum obat hipertensi	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, adanya perubahan status kesehatan menjadi adanya ansietas dan kurang nya informasi dan akhirnya Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan
3.	DS: a. mengatakan pernah jatuh di Klien depan rumah DO: a. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan b. Usia klien 65 tahun c. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas d. Test TUG ≥ 30 detik e. Hasil pemeriksaan: Saat melakukan tindakan, klien membutuhkan waktu lebih dari 30 detik, sehingga resiko tinggi jatuh.	Faktor- faktor Penyebab hipertensi seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, obesitas Sehingga adanya meningkatkan tekanan darah, yang kemudian berkembang menjadi hipertensi, adanya penurunan fungsi motoric&muskuloseletal adanya kekakuan/kelemahan anggota gerak dan akhirnya menimbulkan Resiko jatuh	Resiko jatuh

3.1.3 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan veskuler cerebral dibuktikan dengan :

DS :

- a. Klien mengatakan sering nyeri di bagian kepala dan kadang kesulitan tidur yang sudah berlangsung lebih dari 5 bulan

DO :

- a. Terdapat nyeri tekan
 - b. Nyeri skala 5 (0-10)
 - c. TD 180/90 MmHg
 - d. Nadi 89x/menit
2. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan:

DS:

- a. Klien mengatakan tidak tahu dengan rinci tentang penyakit hipertensi.

DO :

- a. Klien tidak dapat menjawab ketika ditanya tentang penyakitnya
 - b. Klien bertanya tentang penyakit-penyakit hipertensi
 - c. Klien bertanya tentang cara menurunkan darah.
 - b. Klien tidak meminum obat hipertensi
3. Resiko Jatuh berhubungan dengan Penurunan fungsi otot ekstremitas bawah dibuktikan dengan :

DS:

- a. Mengatakan pernah jatuh di depan rumah

DO:

- a. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan
- b. Usia klien 65 tahun
- c. Klien dibantu oleh anaknya ketika berak
- d. Test TUG ≥ 30 detik

Hasil pemeriksaan: Saat melakukan tindakan, klien membutuhkan waktu lebih dari 30 detik, sehingga resiko tinggi jatuh.

3.1.4 Perencanaan Keperawatan

Nama : Ny.T

Umur : 65 tahun

Dx : Hipertensi

Tabel 3.13 Intervensi Keperawatan Ny.T

NO	Diagnosa	Luaran/Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral, ditandai dengan : DS : Klien mengatakan sering nyeri dibagian kepala belakang yang berangsur lebih dari 5 bulan DO : - Terdapat nyeri tekan - Nyeri skala 5 (0-10) - TD 180/90 Mmhg - N 89x/menit	Setelah dilakukan kunjungan selama 7x1 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhuan nyeri menurun. 2. Skala nyeri menurun 3. 3. Tekanan darah dalam batas normal 140/80 mmhg	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapi: 1. Berikan nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. (terapi relaksasi: tarik nafas dalam dan pemberian jus tomat) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri. (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi: 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik

2.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ditandai dengan: DS : - Klien mengatakan tidak tahu dengan rinci tentang penyakit hipertensi. DO : - Klien tidak dapat menjawab ketika ditanya tentang penyakitnya - Klien bertanya tentang penyakit penyakit hipertensi - Klien bertanya tentang cara menurunkan darah. Tidak meminum obat hipertensi	Setelah dilakukan Kunjungan selama 7x1 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima Informasi 2. Identifikasi faktor faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik: 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 4. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: • jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan • Ajarkan perilaku hidup sehat. 5. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk hidup sehat.
----	--	---	---

3.	Resiko jatuh berhubungan dengan Penurunan fungsi otot ekstremitas bawah, ditandai dengan: DS: - Klien mengatakan pernah jatuh di depan rumah DO: e. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan f. Usia klien 65 tahun -Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas -Test TUG ≥ 30 detik Hasil pemeriksaan: Saat melakukan tindakan, klien membutuhkan waktu lebih dari 30 detik, sehingga resiko tinggi jatuh. -	Setelah dilakukan Kunjungan selama 7x1 jam, diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: 1. Resiko jatuh menurun .	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi: 1. Identifikasi faktor resiko (mis: >65 tahun) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin) Edukasi: 1. Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin. Edukasi keselamatan rumah (I.12385) Edukasi: 1. Informasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah 2. Anjurkan barang pada area yang mudah dijangkau 3. Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin.
----	---	---	--

3.1.5 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.14 Implementasi Keperawatan Ny.T

No	DX	Hari/tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan veskuler cerebral	Senin 14 juli 2025 11.00 WIB 11.02 WIB 11.05 WIB 11.06 WIB 11.08 WIB 11.10 WIB	Observasi: 1. Mengidentifikasilokasi nyeri. Hasil: Nyeri dirasakan di kepala menyebar ke leher 2. Menidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 5 (0-10) 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: Nyeri dirasakan apabila klien banyak beraktivitas dan berkurang jika klien istirahat Terapi: 4. Mengajarkanteknik relaksasi nafas dalam hasil: Klien mengikuti apa yang diajarkan perawat 5. Mengajarkan terapi herbal pemberian jus tomat Kepada keluarga klien sesuai EBP selama 7 hari tomat yang digunakan tomat merah matang, sebanyak 150 gram tanpa ditambahkan gula lalu di blender. 6. Mengontrollingkungan yang memperberat nyeri Hasil:Kebisingan berkurang 7. Memberikan terapi nonfarmakologis : terapi herbal dengan jus tomat Hasil:Klien mengkonsumsi jus tomat	Senin 14 juli 2025 15: 00 WIB S : Klien mengeluh masih nyeri O : 1. skala nyeri 5 2. klien tampak memegang kepalanya 3. klien tampak gelisah A : Masalah belum teratasi P : Melanjutkan intervensi 2,5

		11.12 WIB	Edukasi: 7. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Hasil: Klien menerima anjuran dari perawat	
		11.13 WIB	8. Melakukan pemeriksaan TTV. Hasil: TD : 170/90 mmHg N: 84x/menit R: 20x/menit S: 36,5 °C	
2.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Senin 14 juli 2025 11.13 WIB	1. Observasi: Menanyakan sejauh mana pemahaman klien tentang penyakitnya Hasil: Klien tidak mengetahui tentang penyakit hipertensi yang dideritanya	Senin 14 juli 2025 15: 00 WIB S : Klien mengatakan belum paham O :
		11.13 WIB	2. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Hasil: Klien dan perawat sepakat penkes dilakukan esok hari atau pada tanggal 15-juli-2025	1. klien tampak bingung 2. klien belum mengerti 3. klien masih bertanya-tanya
		11.15 WIB	3. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima Informasi Hasil: Klien mengatakan siap menerima informasi Terapeutik:	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
		11.17 WIB	4. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Hasil: Media : leaflet	
		11.18 WIB	5. Melakukan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Hasil: Klien tampak mendengarkan respon perawat Memberikan kesempatan klien untuk bertanya. Hasil: Klien menanyakan hal yang ingin diketahuinya	

3	Resiko Jatuh berhubungan dengan Penurunan fungsi otot ekstremitas bawah	Senin 14 juli 2025 11.20 WIB 11.22 WIB 11.30 WIB	Observasi: 1. Mengidentifikasi faktor risiko Hasil: Usia klien >65 tahun (65 tahun) 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Hasil: lantai kamar mandi sedikit licin Edukasi: Menganjurkan memakai alas kaki yang tidak licin	Senin 14 juli 2025 15: 00 WIB S : Klien mengatakan sulit berjalan O : 1. Klien dibantu oleh anaknya ketika mau berdiri dan berjalan 2. Usia klien 65 tahun 3. Terdapat penurunan kekuatan otot 4. Klien dibantu oleh anaknya ketika beraktivitas 5. Penglihatan klien sudah buram Klien memiliki gangguan dalam berjalan 6. Pada pemeriksaan Screening Faal Fungsional Reach (FR) test didapatkan hasil kurang dari 6 inci (15 cm) yang berarti risiko Jatuh Pada pemeriksaan The Timed Up and Go (TUG) test didapatkan hasil : Klien membutuhkan waktu lebih dari 30 detik sehingga risiko tinggi jatuh A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
---	---	---	---	---

3.1.6 Catatan Perkembangan

Nama : Ny.T

Umur : 65 Tahun

Dx : Hipertensi

Tabel 3.15 Catatan Perkembangan Ny.T

Tanggal Jam	DX	Catatan Perkembangan	Paraf
15-07- 25 10.00 WIB	I	S : Klien mengatakan masih nyeri O : - skala nyeri 5 - klien tampak meringgis - tekanan darah 180/100 mmHg A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi skala nyeri - Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam - Anjurkan terapi herbal: pemberian jus tomat - Kolaborasi pemberian obat I : - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam - Menganjurkan terapi herbal: pemberian jus tomat - Berkolaborasi pemberian obat E : Masalah belum teratasi	 GINA
15-07- 25 11.00 WIB	II	S : Klien mengatakan belum paham O : - Klien tampak bingung - Klien belum mengerti A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi kesiapan klien menerima informasi - Sediakan materi penkes - Lakukan penkes (nutrisi) I : - Mengidentifikasi kesiapan klien menerima informasi - Menyediakan materi penkes - Melakukan penkes (nutrisi)	 GINA

		E : Masalah belum teratasi	
15-07-25 11.45 WIB	III	S: klien mengatakan sulit berjalan O: - klien terlihat menggunakan walker dalam aktivitasnya - klien terlihat sulit berjalan P: lanjutkan intervensi - Informasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah - Anjurkan barang pada area yang mudah dijangkau - Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik - Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. I: - Menginformasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah - Menganjurkan barang pada area yang mudah dijangkau - Menganjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik - Menganjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. E: Masalah belum teratasi	 GINA
cc	I	S : Klien mengatakan nyeri dibagian kepala sudah jarang muncul O : - Klien tampak rileks - Skala nyeri 3 TTV : TD:170/90 mmHg N: 84x/menit R: 20x/menit S: 36,5 °C A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intevensi - Monitor TTV - Berikan terapi herbal : jus tomat - Kolaborasi pemberian bat anti hipetensi ke pelayanan kesehatan I : - Memonitor TTV - Memberikan terapi herbal : jus tomat E: Masalah teratasi sebagian	 GINA

16-07-25 11.00	II	S : Klien mengatakan sudah mengerti tentang penyakitnya O : - Klien dapat menjawab pertanyaan perawat - Klien sudah tidak mengonsumsi makanan yang tinggi natrium	 GINA
		A : masalah defisit pengetahuan teratasi P : hentikan intervensi I : - E: masalah teratasi	
16-07-25 11.15	III	S : Klien mengatakan akan lebih berhati-hati dalam melakukan aktivitas O : - Klien tampak melakukan anjuran perawat - Lantai kamar mandi klien tampak tidak licin - Keluarga melakukan anjuran perawat untuk membereskan benda yang berbahaya bagi pasien A : Masalah resiko jatuh teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Anjurkan keluarga untuk tetap mendampingi klien ketika melakukan aktivitas I : - Menganjurkan keluarga untuk tetap mendampingi klien ketika melakukan aktivitas E: Masalah teratasi sebagian	 GINA
17-07-25 11.00 WIB	I	S : Klien mengatakan nyeri dibagian kepala sudah jarang muncul O : - Klien tampak rileks - Skala nyeri 3 TTV : TD:170/90 mmHg N: 84x/menit R: 20x/menit S: 36,5 °C A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Berikan terapi herbal : jus tomat I : - Memonitor TTV Memberikan terapi herbal : jus tomat E: Masalah	 GINA

		teratasi sebagian	
17-07-25 11.45 WIB	II	S : Klien mengatakan belum paham O : - Klien tampak bingung - Klien belum mengerti A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi kesiapan klien menerima informasi - Sediakan materi penkes - Lakukan penkes (nutrisi) I : - Mengidentifikasi kesiapan klien menerima informasi - Menyediakan materi penkes - Melakukan penkes (nutrisi) E : Masalah belum teratasi	 GINA
17-07-25 11.45 WIB	III	S: klien mengatakan sulit berjalan O: - klien terlihat menggunakan walker dalam aktivitasnya - klien terlihat sulit berjalan P: lanjutkan intervensi - Informasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah - Anjurkan barang pada area yang mudah dijangkau - Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik - Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. I: - Menginformasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah - Menganjurkan barang pada area yang mudah	 GINA

		dijangkau - Menganjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik - Menganjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. E: Masalah belum teratasi	
18-07-25 11.45 WIB	I	S : Klien mengatakan nyeri dibagian kepala sudah jarang muncul O : - Klien tampak rileks - Skala nyeri 3 TTV : TD:170/90 mmHg N: 84x/menit R: 20x/menit S: 36,5 °C A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Berikan terapi herbal : jus tomat I : - Memonitor TTV Memberikan terapi herbal : jus tomat E: Masalah teratasi sebagian	 GINA

18-07-25 11.00 WIB	II	S : Klien mengatakan belum paham O : - Klien tampak bingung - Klien belum mengerti A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi kesiapan klien menerima informasi - Sediakan materi penkes - Lakukan penkes (nutrisi) I : - Mengidentifikasi kesiapan klien menerima informasi - Menyediakan materi penkes - Melakukan penkes (nutrisi) E : Masalah belum teratasi	 GINA
18-07-25 11.45 WIB	III	S: klien mengatakan sulit berjalan O: - klien terlihat menggunakan walker dalam aktivitasnya - klien terlihat sulit berjalan P: lanjutkan intervensi - Informasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah - Anjurkan barang pada area yang mudah dijangkau - Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik - Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. I: - Menginformasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah - Menganjurkan barang pada area yang mudah dijangkau - Menganjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik - Menganjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. E: Masalah belum teratasi	 GINA

19-07-25 11.00 WIB	I	S : Klien mengatakan nyeri dibagian kepala sudah jarang muncul O : - Klien tampak rileks - Skala nyeri 3 TTV : TD:170/90 mmHg N: 84x/menit R: 20x/menit S: 36,5 °C A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intevensi - Monitor TTV - Berikan terapi herbal : jus tomat I : - Memonitor TTV Memberikan terapi herbal : jus tomat E: Masalah teratasi sebagian	 GINA
19-07-25 11.45 WIB	III	S : Klien mengatakan nyeri dibagian kepala sudah jarang muncul O : - Klien tampak rileks - Skala nyeri 3 TTV : TD:170/90 mmHg N: 84x/menit R: 20x/menit S: 36,5 °C A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intevensi - Monitor TTV - Berikan terapi herbal : jus tomat I : - Memonitor TTV Memberikan terapi herbal : jus tomat E: Masalah teratasi sebagian	 GINA

20-07-25 11.00 WIB	III	S: klien mengatakan sulit berjalan O: - klien terlihat menggunakan walker dalam aktivitasnya - klien terlihat sulit berjalan P: lanjutkan intervensi - Informasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah - Anjurkan barang pada area yang mudah dijangkau - Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik - Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. I: - Menginformasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah - Menganjurkan barang pada area yang mudah dijangkau - Menganjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik - Menganjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. E: Masalah belum teratasi	 GINA
20-07-25 11.45 WIB	III	S : Klien mengatakan nyeri dibagian kepala sudah jarang muncul O : - Klien tampak rileks - Skala nyeri 3 TTV : TD:170/90 mmHg N: 84x/menit R: 20x/menit S: 36,5 °C A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intevensi - Monitor TTV - Berikan terapi herbal : jus tomat I : - Memonitor TTV Memberikan terapi herbal : jus tomat E: Masalah teratasi sebagian	 GINA

3.2 Evidence Based Practice

No.	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Populasi dan Sampel	Jenis Penelitian	Hasil
1.	Linda Widyarani (Widyarani, 2021)	Pengaruh Pemberian Jus Tomat (Solanum Lyopersicum) Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi Stadium I	Pengambilan sampel dilakukan dengan cara purposive sampling. Sampel pada penelitian ini adalah lansia yang bertempat tinggal di Dusun Pengkol, Desa Sriharjo. Jumlah responden 30 orang.	Quasi eksperiment dengan rancangan one group pre-post test design	Sebelum intervensi tekanan darah diukur terlebih dahulu, rerata tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik adalah $157,23 \pm 2,738$ mmHg dan $96,33 \pm 1,398$ mmHg setelah di intervensi tekanan darah sistolik dan diastolik mengalami pengurangan yakni menjadi $142,47 \pm 1,634$ mmHg dan $92,60 \pm 1,163$ mmHg. Ditemukan ada selisih yang signifikan tekanan darah sistolik maupun di tekanan darah diastolik pra tindakan dan pre tindakan pemberian jus tomat.
2.	Hapipah, Maelina Ariyanti, Ulfatul Izzah, Istianah (Hapipah, Ariyanti, Izzah, & Istianah, 2022)	Pengaruh Jus Tomat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi	Jumlah sampel dalam penelitian ini 16 orang yang diambil dengan menggunakan teknik purposive sampling	Pre-Eksperimen dengan pendekatan One Group Pre – Post Test without control Design	Rerata tekanan darah sistolik lansia sekitar 164,47 mmHg, sesudah diberikan jus tomat turun menjadi sekitar 150,53 mmHg. Kemudian tekanan darah diastolik terjadi pengurangan yang semula 93,00 mmHg sebelum diberikan jus tomat mengalami pengurangan menjadi sekitar 85,53 mmHg setelah diberi jus tomat.

3.	MAISYAR OH (Maisyaroh et al., 2021)	Pengaruh Jus Tomat Terhadap Tekanan Darah Lansia Di Dusun Niten Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta	Jumlah total responden dalam penelitian ini sebanyak 20 orang yang diambil dengan teknik non probability sampling dengan metode purposive sampling. Kelompok pertama atau kelompok intervensi berjumlah 10 orang sedangkan untuk kelompok kedua atau kelompok kontrol berjumlah 10 orang	Quasi-eksperimen dengan rancangan Non Equivalent Control Group	Terdapat efek yang ada pengaruh signifikan setelah diberi jus tomat mampu mengurangi tekanan darah pada lanjut usia di dusun niten nogotirto gamping sleman Yogyakarta (p
4.	Nurul Hidayah, Agus Setyo Utomo, Denys, (2020)	pengaruh jus tomat terhadap Penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi lansia	Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita hipertensi lansia yang belum pernah mengonsumsi jus tomat dan diperiksa rutin tekanan darah di Lawang yaitu sebanyak 30 orang.	Dengan metode penelitian Quasi eksperiment yang menggunakan pre test dan post test Design	Ada pengaruh pemberian jus tomat dengan perubahan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik.

5	Yusfar, Fitri (2021)	Pengaruh pemberian jus Tomat (<i>lycopersicum commune</i>) Terhadap Perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi lansia	Penentuan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik non- probability yaitu sampel jenuh atau sering disebut total sampling, yaitu seluruh anggota populasi lansia penderita hipertensi sebanyak 32 orang	Desain penelitian adalah pre experimental dengan pendekatan pre and post design	Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan rata-rata pre dan post yang signifikan pada tekanan darah sistolik maupun diastolik penderita hipertensi lansia. Sehingga pengaruh pemberian jus tomat (<i>Lycopersicum Commune</i>) terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi pada lansia. Maka, penggunaan terapi jus tomat dapat secara terprogram digunakan pemberian jus tomat selama 7 hari diukur tekanan darah 10 menit sebelum konsumsi jus tomat, dan 30 menit setelah konsumsi jus tomat dapat menurunkan tekanan darah <i>sistole</i> dan <i>diastole</i> secara signifikan pada wanita postmenopause hipertensi
6.	Eka Trismiyana, Usastiawaty Cik Ayu Saadiah Isnainy, Herizon (2020)	Pengaruh Pemberian Jus Tomat Terhadap Tekanan Darah Lansia Penderita Hipertensi Di Puskesmas Kotabumi 2 Kecamatan Kotabumi Selatan Kabupaten Lampung Utara	Populasi seluruh lansia penderita hipertensi berjumlah 143 lansia dengan sampel 30 responden teknik sampling accidental sampling variabel independen pemberian jus tomat dan variabel dependen penurunan tekanan darah	Jenis penelitian kuantitatif dengan rancangan quasy eksperimen dengan pendekatan one group pre dan post test design	Ada pengaruh jus tomat terhadap tekanan darah lansia penderita hipertensi di Puskesmas Kotabumi 2 Kecamatan Kotabumi Selatan Kabupaten Lampung Utara tahun 2019

3.3 Pembahasan Asuhan Keperawatan

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.T Lansia Hipertensi pada Ny.T (Katz Indeks B) Dengan Terapi Herbal Pemberian Jus Tomat Di Kampung Babakan jaksi RT 02 RW 11 Desa jati Kecamatan Tarogong Kaler Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut, maka dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan Lansia Hipertensi pada Ny.T Katz Indeks B Dengan Terapi Herbal Pemberian Jus Tomat Di Kampung babakan jaksi RT 02 RW 11 Desa jati Kecamatan Tarogong Kaler Wilayah Kerja UPT Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut yang dilakukan di mulai 14-20 juli 2025, dalam penyusunan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terbagi dalam lima tahapan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pembahasa terhadap tahapan-tahapan tersebut adalah:

3.3.1 Tahap Pengkajian

Tahap pengkajian pada klien dengan pasca stroke biasanya dilakukan secara holistic meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual yang meliputi tahapan identitas, riwayat hipertensi . Pada pemeriksaan fisik yang meliputi pemeriksaan pengukuran tekanan darah. Pada pengkajian psikologis yang meliputi perubahan suasana hati (depresi, cemas dan mudah marah). Pengkajian spiritual yang meliputi penerimaan kondisi sakit serta perubahan pada pola aktivitas sehari – hari. Dalam kasus yang dikelola oleh penulis didapatkan beberapa hasil dari pengkajian serta diagnosa yang diangkat diantaranya yaitu :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan veskuler cerebral

Dari pengkajian yang dilakukan oleh penulis di dapatkan data jika klien nyeri dibagian kepala, tekanan darah 180/90 mmHg, nyeri sudah dirasakan sekitar 5 bulan yang lalu. Untuk itu penulis menegakkan diagnosa nyeri kronis sebagai diagnosa utama.

2. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi Dari pengkajian yang dilakukan oleh penulis di dapatkan data jika klien mengatakan tidak paham tentang hipertensi dan masih suka makan ikan asin, untuk itu penulis menegakkan diagnosa Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi sebagai diagnosa ke tiga.
3. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan fungsi otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah Klien mengatakan akan lebih berhati-hati dalam melakukan aktivitas, Klien tampak melakukan anjuran perawat, Lantai kamar mandi klien tampak tidak licin, Keluarga melakukan anjuran perawat untuk membereskan benda yang berbahaya bagi pasien

3.3.2 Tahap Diagnosa Keperawatan

Untuk merumuskan diagnosa keperawatan dibentuk oleh tiga aspek yaitu Problem, Etiologi, dan Symptom. Adapun masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien hipertensi secara teori ada 10 diantaranya: Penurunan curah jantung, Nyeri Kronis, Kelebihan volume cairan. Intoleransi aktivitas, Resiko

ketidakefektifan Perfusi jaringan cerebral, Resiko jatuh, dan Defisit pengetahuan, gangguan pola tidur, gangguan mobilitas fisik, ansietas. Setelah dilakukan tahap pengkajian kepada Ny . T berdasarkan analisa data yang diperoleh terdapat 3 masalah yang muncul dari 10 diagnosa yang mungkin muncul, diantaranya:

- a. Nyeri Kronis berhubungan dengan agen cedera biologis.

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Diagnosa tersebut

ditegakkan bila ada data mayor yang mendukung yaitu pengungkapan tentang nyeri, dan data minor yaitu tampak meringgis, gelisah, dan perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya. Masalah ini muncul karena faktor umur atau gaya hidup yang menyebabkan kerusakan vesikuler pembuluh darah sehingga terjadi perubahan struktur yang menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah dan menyebabkan gangguan sirkulasi di otak dan menyebabkan klien nyeri kepala dan pusing.

Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri bagian kepala, dan data objektif yaitu, pasien meringgis karena nyeri P : nyeri dirasakan jika banyak beraktivitas Q : nyeri dirasakan seperti ditimpa benda berat R

: nyeri dirasakan di bagian kepala S : skala nyeri 5 : nyeri dirasakan secara hilang timbul. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang

dirasakan pasien saat itu apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien.

- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Informasi yang minim. defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Diagnosa tersebut dapat ditegakkan jika ada batasan karakteristik yaitu tentang ketidaktahuan pasien tentang hipertensi dan nutrisi hipertensi. Masalah keperawatan ini muncul karena perubahan situasi klien. yang tidak diketahui penyebabnya oleh klien karena informasi yang minim yang menyebabkan klien tidak mampu untuk. Mengenali masalah yang sedang klien alami saat ini. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena ditemukan tanda-tanda yang mendukung yaitu secara subjektif klien mengatakan suka makan ikan asin, sering minum kopi dan bertanya-tanya tentang hipertensi lalu data objektif klien suka bertanya dan klien tampak bingung. Penulis tidak memprioritaskan masalah tersebut karena tidak mengancam kehidupan, tetapi jika tidak ditangani klien tidak mengetahui bagaimana cara menangani hipertensi, dan apa saja yang boleh dikonsumsi oleh penderita hipertensi.

- c. Resiko jatuh

Resiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Masalah ini muncul karena adanya penurunan fungsi otot pada ekstremitas bawah klien yang menyebabkan klien sulit untuk berjalan dan melakukan aktivitasnya sehari-hari. Selain itu usia klien

sudah lebih dari 65 tahun.

3.3.3 Tahap Perencanaan Keperawatan

Tahap perencanaan merupakan tahap lanjut dari diagnosa keperawatan, dimana di dalam perencanaan akan menentukan keberhasilan atau tidaknya asuhan keperawatan yang akan dilakukan. Kegiatannya dimulai dari menetapkan prioritas masalah, perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil, serta rencana tindakan sesuai dengan kondisi klien. Pada tahap intervensi penyusun membuat rencana tindakan yang sesuai dengan data yang didapatkan pada saat pengkajian dan apa yang menjadi keluhan dari klien. Didalam menentukan tindakan keperawatan, penyusun merencanakan beberapa tindakan. Adapun rencana intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan pada Ny.T yakni :

a. Nyeri kronis

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan nyeri akut ada 2 intervensi utama, dan 25 intervensi pendukung, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil, karena disesuaikan dengan kondisi klien dengan tanda gejala yang ditemukan pada klien. Perencanaan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah Identifikasi lokasi nyeri (skala, lokasi, irama, kualitas), Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan, Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, Berikan obat, nonfarmakologi (minum jus tomat), Berikan posisi yang nyaman, Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu).

b. Defisit pengetahuan

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan defisit pengetahuan ada 1 intervensi utama dan 108 intervensi pendukung, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil, karena disesuaikan dengan kondisi klien. Rencana yang diambil adalah Edukasi Kesehatan, yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media penkes, Lakukan penkes (pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan nutrisi), Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi faktor kesehatan perencanaan tindakan ini adalah bekerja sama dalam meningkatkan pengetahuan klien tentang hipertensi.

c. Resiko jatuh

Berdasarkan buku SIKI untuk menyelesaikan resiko cedera ada 2 intervensi utama dan 20 intervensi pendukung, tetapi tidak semua rencana yang ada di buku rujukan tersebut diambil, karena disesuaikan dengan kondisi klien. Rencana yang diambil yaitu pencegahan jatuh dan Edukasi keselamatan rumah. Sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan hasil klien bisa terhindar dari jatuh.

3.3.4 Tahap Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi, semua rencana yang telah dibuat bisa diimplementasikan sesuai perkiraan awal Adapun implementasi yang dilakukan terhadap masalah keperawatan pada Ny.T yakni:

- a. Nyeri kronis, maka implementasi yang dilakukan sesuai intervensi selama 7 hari yaitu dengan menggunakan manajemen nyeri, seperti

Mengidentifikasi lokasi nyeri (skala, lokasi, irama, kualitas), mengidentifikasi faktor yang mempeberat dan memperingan, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, memberikan terapi nonfarmakologi (minum jus tomat) pada Ny T, dengan subjektif klien mengatakan nyeri dibagian kepala sudah jarang muncul, objektif skala nyeri 3, TTV TD: 170/70mmHg, R: 20x/menit S: 36,5 C, berikan posisi yang nyaman. Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi independent yaitu dilakukan mandiri oleh perawat.

- b. Defisit pengetahuan, untuk mengatasinya dengan Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media penkes, melakukan penkes (pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan nutrisi), menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi faktor kesehatan perencanaan tindakan ini adalah bekerja sama dalam meningkatkan pengetahuan klien tentang hipertensi,, dimana Ny. T bisa menambah ilmu dan pengetahuan tentang kondisi penyakit hipertensi agar klien bisa menjaga dan merawat sekaligus cara mencegah makanan yang harus dikonsumsi maupun makanan yang tidak boleh dikonsumsi. Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi independent yaitu dilakukan mandiri oleh perawat. Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi independent yaitu dilakukan mandiri oleh perawat.

- c. Resiko jatuh, untuk mengatasinya dengan pencegahan jatuh dan edukasi

keselamatan rumah, yaitu Identifikasi faktor resiko (mis: >65 tahun), Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin), Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin, Informasikan pentingnya penenrangan yang cukup didalam dan luar rumah, Anjurkan barang pada area yang mudah dijangkau, Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik, Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin, dimana Ny.T dapat lebih aman dan terhindar dari resiko jatuh. Implementasi pada diagnosa ini dilakukan dengan teknik implementasi Interdependent yaitu tindakan perawat bekerja sama dengan keluarga klien.

3.3.5 Tahap evaluasi

1. Nyeri kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan veskuler cerebral

kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah Klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang. Setelah dilakukan kunjungan 7x1jam hasil objektif Skala nyeri menurun menjadi 3 (0-10), Klien tidak meringgis, Tekanan darah 170/80 mmHg. Masalah pada diagnosa pertama teratasi sebagian.

2. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah Klien mengatakan sudah paham Setelah dilakukan kunjungan 7x1jam hasil objektif Klien tidak bingung dan Klien sudah mengerti. Hal tersebut menandakan masalah sudah teratasi.

3. Resiko jatuh

kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah Klien mengatakan akan lebih berhati-hati dalam melakukan aktivitas, Klien tampak melakukan anjuran perawat, Lantai kamar mandi klien tampak tidak licin, Keluarga melakukan anjuran perawat untuk membereskan benda yang berbahaya bagi pasien

3.3.6 Pembahasan EBP jus tomat (*solanium lyopersicum*)

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.T dengan Hipertensi Di Kampung babakan jaksi RT 03 RW 11 Desa Jati Kecamatan Tarogong Kaler Garut dengan masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri kronis , untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi pemberian terapi herbal jus tomat yang bertujuan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Hal ini membuktikan beberapa hasil penelitian yang pernah dilakukan kepada klien hipertensi, Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestari dan Rahayuningsih (2017) menyimpulkan bahwa pemberian jus tomat selama 7 hari diukur tekanan darah 10 menit sebelum konsumsi jus tomat, dan 30 menit setelah konsumsi jus tomat dapat menurunkan tekanan darah *sistole* dan *diastole* secara signifikan pada wanita postmenopause hipertensi. Adanya penurunan tekanan darah sesudah pemberian jus tomat karena kerja kalium dalam menurunkan tekanan darah dapat menyebabkan vasodilatasi, sehingga terjadi penurunan retensi perifer dan meningkatkan curah jantung (Engelhard et al, 2020; Gunawan dkk, 2020; Grace & Aryu, 2020).

Suplemen kalium dalam tomat dan *lycopene*, dapat berguna pada terapi

hipertensi. Tomat mengandung antioksidan kuat yang menghambat penyerapan oksigen reaktif terhadap endotel yang mengganggu pelebaran pembuluh darah, sehingga menyebabkan hipertensi, ini yang menjadi salah satu patofisiologi mengapa tomat dapat menurunkan tekanan darah (Javob, 2020 dalam penelitian Raharjo 2019). Berdasarkan hasil observasi penelitian, terjadi perubahan kualitas tidur dengan tekanan darah dalam penelitian ini sebagian besar disebabkan oleh jus tomat yang dilakukan oleh klien karena selama proses penelitian adanya pemberian jus tomat dan selama proses penelitian terjadinya perubahan tekanan darah secara bertahap dari hari pertama sampai hari ke tujuh, hal ini didukung dengan hasil pengukuran tekanan darah responden bahwa setiap responden mengalami penurunan tekanan darah.

Penulis melakukan implementasikan terapi herbal pemberian jus tomat pada pasien selama 7 hari berturut-turut dengan diukur tekanan darah 10 menit sebelum konsumsi jus tomat, dan 30 menit setelah konsumsi jus tomat dapat menurunkan tekanan darah.

Dari ke lima jurnal diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian jus tomat Tekanan darah pada lansia dengan hipertensi sebelum diberikan jus tomat dengan rata-rata tekanan darah sistole 151.88 mmHg dan diastole rata-rata tekanan darah 95.94 mmHg dan setelah diberikan jus tomat dengan rata-rata tekanan sistole 130.00 mmHg dan rata-rata tekanan diastole 88.27 mmHg. Hasil uji menunjukkan bahwa adanya pengaruh yang signifikan terhadap pemberian jus tomat pada penurunan tekanan darah lansia yang mengalami hipertensi dengan nilai $p=0,000$ ($p<0.05$). Penelitian ini dapat dijadikan sebagai obat alternatif nonfarmakologi dalam

penanganan hipertensi selain menggunakan obat farmakologi bahwa dengan mengonsumsi jus tomat setiap hari dapat menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Sehingga dapat diambil kesimpulan dari ke 5 jurnal yang telah diangkat bahwa penulis melakukan intervensi selama pasien selama 7 hari berturut-turut dengan diukur tekanan darah 10 menit sebelum konsumsi jus tomat, dan 30 menit setelah konsumsi jus tomat dapat menurunkan tekanan darah untuk mengacu pada program terapi yang lebih panjang, untuk pemulihan bertahap yang memerlukan tujuannya adalah untuk menurunkan tekanan darah.

3.3.7 Tahap Dokumentasi Keperawatan

Langkah selanjutnya penulis melakukan pendokumentasian / mencatat mulai dari pengkajian sampai dengan catatan perkembangan. Pada pengkajian penulis mendokumentasikan data subjektif, data objektif, pemeriksaan fisik serta identitas klien. Pada tahap diagnosa penulis mencatat diagnosa yang muncul sesuai dengan SDKI. Pada tahap perencanaan penulis mencatat tujuan serta merancang intervensi. Pada tahap implementasi penulis mendokumentasikan secara naratif atau tabel tentang diagnosa tindakan yang benar – benar dilakukan serta dicatat tanggal, waktu, intervensi serta respon klien. Pada tahap evaluasi penulis menggunakan format SOAPIE dan SOAP atau format evaluasi langsung dan mencatat hasil tindakan, sebagian tercapai atau tidak tercapai.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Ny.T dengan Hipertensi dari tanggal 14 – 20 juli 2025 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. T dengan Hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Pukesmas Tarogong Kabupaten Garut, secara komprehensif dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah dapat ditemukan pada Ny. T yaitu klien mengatakan sering nyeri kepala dibagian belakang berangsur 5 bulan.
2. Penulis mampu menemukan permasalahan pada Ny. T dengan Hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Pukesmas Tarogong Kabupaten Garut, adapun diagnosa yang muncul pada Ny. T yaitu sebanyak 3 diagnosa keperawatan:
 - a. Nyeri kronis berhubungan dengan adanya peningkatan tekanan veskuler
 - b. Depisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
 - c. Resiko jatuh berhubungan dengan otot ekstremitas bawah
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. H dengan Ny. T dengan Hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Pukesmas Tarogong Kabupaten Garut, berdasarkan prioritas masalah yang telah

disusun dengan melibatkan pembimbing klinik dan pembimbing akademik dan peran serta klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan memudahkan penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan Hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Pukesmas Tarogong Kabupaten Garut, dengan rencana yang telah dibuat melalui metode asuhan keperawatan secara langsung ataupun melalui pendidikan kesehatan kepada klien.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny. T dengan Hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Pukesmas Tarogong Kabupaten Garut, dengan melihat perkembangan klien dengan respon klien terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan.
6. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* tentang salah satu diagnosa keperawatan Yaitu Terapi Herbal Jus Tomat
7. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.T dengan Hipertensi di Desa Jati Wilayah Kerja UPT Pukesmas Tarogong Kabupaten Garut.

4.1 Saran

4.1.1 Bagi Klien

Bagi Klien diharapkan klien dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan sekitar secara teratur, Ny.T dapat dengan mengkonsumsi jus tomat dan mampu menjaga makanan terutama makanan dengan kandungan natrium yang tinggi.

4.1.2 Bagi Satuan Pelayanan Kesehatan

Perlu peningkatan dalam pelayanan kesehatan dan meningkatkan kerjasama antara perawat serta seluruh komponen yang terlibat dalam melakukan Asuhan Keperawatan khususnya pada klien lansia hipertensi seperti mengadakan pemeriksaan tekanan darah secara gratis dan melakukan pendidikan kesehatan terkait obat non farmakologi pada klien hipertensi di puskesmas tarogong. Dengan demikian diharapkan terjalin kerjasama yang baik antara puskesmas dan dinas kesehatan dengan keluarga klien dalam membantu proses penyembuhan klien secara maksimal

4.1.3 Bagi Institusi Pendidikan

Supaya mahasiswa dapat mengaplikasikan pembelajaran yang didapatkan selama belajar dikampus dengan kegiatan dilapangan dan dapat ikut berkontribusi dalam kegiatan-kegiatan di puskesmas untuk mengurangi angka kesakitan pada lansia terutama dengan hipertensi dengan cara melakukan program atau kegiatan yang rutin dilaksanakan seperti pemeriksaan pada lansia, berbagai bentuk penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang melibatkan mahasiswa untuk menambah pengetahuan lansia tentang penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Nurarif, H. K. (2020). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediaction publishing.
- Aspiani, R.Y. (2021). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik. Jakarta: Trans Info Media.
- Azizah. (2020). Keperawatan lanjut usia . Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Basrowi, R. (2022) <https://www.geriatri.id/artikel/872/membuat-jus-yang-benar-untuk-lansia-demensia>.
- Cahyani Mulyasari, Galih Setia Adi, Febriana Sartika Sari. (2020). Pengaruh Kombinasi Aromaterapi Lavender Dan Healing Touch Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Nguter Kabupaten Sukoharjo. Surakarta : STIKes Kusuma Husada
- Dewi, Sofia Rhosma. (2019). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Penerbit Deepublish
- Departemen kesehatan Republik Indonesia. 2020
- Dinkes, (2024). Profil Kesehatan Kabupaten Garut
- Dinkes, (2023). Profil Kesehatan Kabupaten Garut
- Doenges, M.E. (2020). Rencana Asuhan Keperawatan Edisi III. Jakarta : EGC
- Hapipah, Ariyanti, M., Izzah, U., & Istianah. (2021). Pengaruh Jus Tomat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Lansia. The Indonesian Journal of Health Science, 3(1), 77. <https://doi.org/10.32528/ijhs.v0i0.1525>
- Kartika, Zulfiana. 2019. KTI Asuhan Keperawatan Pada Pasien Lansia Post Cva Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Panti Sosial Tresna Werdha Magetan. Ponorogo: Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Kholifah, Siti Nur dan Wahyu Widagdo. 2019. Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI, 2020 Maisyaroh, K, D. C. A., & Prihatiningsih, D. (2021). Pengaruh jus tomat terhadap tekanan darah lansia di dusun niten nogotirto gamping sleman yogyakarta.

- Maryam, R. Siti dkk. (2020). Mengenal Usia Lanjut dan perawatannya. Jakarta : Salemba Medika.
- Musakkar, & Djafar, T. (2021). Promosi Kesehatan: Penyebab Terjadinya Hipertensi (H. Aulia (ed.)). CV. Pena Persada.
- Muttaqin, Arif. (2021). Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskular. Jakarta : Salemba Medika.
- Nugroho. (2019). Keperawatan gerontik & geriatrik, edisi 3. Jakarta : EGC Nurarif,
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2020). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan. Padila. Keperawatan Gerontik Yogyakarta: Nuha Medika: 2019.
- PPNI (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI (2018) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2022). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2022.
- Soenarta A.A., Erwinanto and Mumpuni A.S.S., 2021, Pedoman Tatalaksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskular, 1st ed., Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia (PERKI), Jakarta.
- Stella Involata Dehe, Adisti A.Rumayar, F. K. K. (2020). Hubungan antara peran keluarga dengan pemenuhan aktivitas fisik lanjut usia(lansia). Jurnal Ilmiah Farmasi, 5(4), 234–242.
- Thalia, E. (2018). Efektivitas pemberian terapi jus tomat dan tomat rebus terhadap perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi di Desa Temenggungan Kec. Karas Kab. Magetan
- Yasmara, Deni dkk. (2019). Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta

LAMPIRAN

LEAFLET HIPERTENSI



HIDUP SEHAT TANPA HIPERTENSI

Disusun oleh:
GINA NOVISTA
KHGD24067
STIKES KARSA HUSADA GARUT

PENCEGAHAN HIPERTENSI

1. Mengurangi konsumsi Garam (jangan lebih dari 1 sendok perhari)
2. Melakukan aktivitas fisik teratur (seperti jalan kaki 3 km/ olahraga 30 menit perhari, minimal 5x/minggu)
3. Tidak merokok dan menghindari asap rokok
4. Diet Gizi seimbang lauk pauk, buah-buahan, makanan pokok, sayuran
5. Mempertahankan berat badan ideal
6. Menghindari minum alkohol

Obat tradisional untuk Hipertensi

1. sayur bayam
2. Bawang Putih
3. Seledri
4. pisang
5. Jeruk
6. Alpukat
7. Mentimun
8. Rebusan daun kemangi
9. Rebusan daun salam
10. rebusan jahe
11. Jus tomat

PENYEBAB HIPERTENSI

- Faktor Usia 50+
- Faktor keturunan
- Pola makan tidak sehat
- Berat Badan lebih
- Kurang olahraga
- Stress kurang tidur
- Merokok, Minum Alkohol

Tanda - Gejala Hipertensi

- Sakit Kepala
- Mata Kabur
- Jantung Berdebar
- Sesak Nafas
- Mudah Lelah
- Mual Muntah

Apa itu Hipertensi?

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi dimana tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg



DOKUMENTASI

