

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN
HIPERTENSI PADA NY. I (KATZ INDEKS A) DAN
INTERVENSI TERAPI RELAKSASI GENGAM JARI DI
WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS BAGENDIT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

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

Anita Rahmasari

KHGD25005



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULAS ILMU KEPERWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2026**

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN HIPERTENSI PADA NY. I (KATZ INDEKS A) DAN INTERVENSI TERAPI RELAKSASI GENGAM JARI DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS BAGENDIT

Disusun Oleh :

**ANITA RAHMASARI, S.Kep
KHGD25005**

KARYA ILMIAH AKHIR-NERS

Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

**Menyetujui,
Pembimbing**

Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep

**Tugas ahir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu pernyataan
untuk memperoleh gelar Profesi Ners**

**Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Dan Kebidanan**

**Mengetahui,
Ketua Program Profesi Ners**

(Sulastini, Ns., M.Kep)

(Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep)

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA
DENGAN HIPERTENSI PADA NY. I (KATZ INDEKS A)
DAN INTERVENSI TERAPI RELAKSASI GENGAM
JARI DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS
BAGENDIT**

NAMA : ANITA RAHMASARI

NIM : KHGD25005

KARYA ILMIAH AKHIR-NERS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini disetujui untuk disidangkan
dihadapan Tim Penelaah Program Studi Profesi Ners
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, 17 Juli 2026

Menyetujui,

Pembimbing

Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN SIDANG

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners, baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun perguruan lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juli 2026

Yang membuat pernyataan

Anita Rahmasari

NIM : KHGD25005

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA DENGAN HIPERTENSI PADA NY. I (KATZ INDEKS A) DAN INTERVENSI TERAPI RELAKSASI GENGAM JARI DI WILAYAH KERJA UPTD PUSKESMAS BAGENDIT

Anita Rahmasari
Program Studi Profesi Ners
Institut Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Latar Belakang: Lansia merupakan kelompok usia yang rentan mengalami hipertensi akibat proses degeneratif pada sistem kardiovaskular. Hipertensi yang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko gangguan perfusi serebral serta menimbulkan keluhan nyeri kepala yang dapat memengaruhi kenyamanan dan kualitas tidur. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat diberikan adalah terapi relaksasi genggam jari (*finger hold relaxation*) untuk membantu menurunkan persepsi nyeri melalui efek relaksasi. **Tujuan:** Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan menganalisis penerapan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan hipertensi serta penerapan terapi relaksasi genggam jari dalam membantu menurunkan nyeri kepala. **Metode:** Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Partisipan adalah Ny. I, perempuan berusia 63 tahun dengan hipertensi dan status fungsional Katz Indeks Terapi relaksasi genggam jari diberikan selama tiga hari berturut-turut dengan durasi ± 15 menit setiap pertemuan. **Hasil:** Hasil pengkajian menunjukkan empat diagnosis keperawatan yaitu Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, Nyeri Akut, Gangguan Pola Tidur, dan Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif. Pada awal pengkajian, tekanan darah klien 170/100 mmHg dengan skala nyeri kepala 5 (sedang). Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari, tekanan darah menurun menjadi 158/90 mmHg, skala nyeri menjadi 1 (ringan), klien tampak lebih rileks, kualitas tidur meningkat dari ± 5 jam menjadi 7–8 jam per malam, serta pemahaman klien mengenai pengendalian hipertensi meningkat. **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi berfokus pada pencegahan risiko gangguan perfusi serebral melalui pengendalian tekanan darah dan pemantauan kondisi pasien. Terapi relaksasi genggam jari sebagai intervensi pendukung pada nyeri akut membantu menurunkan persepsi nyeri kepala dan meningkatkan kenyamanan pasien hipertensi.

Kata Kunci: Lansia, Hipertensi, Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, Relaksasi Genggam Jari, Asuhan Keperawatan Gerontik.

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR AN ELDERLY PATIENT WITH HYPERTENSION MRS. I (KATZ INDEX A) USING THE FINGER HOLD RELAXATION THERAPY AT THE WORKING AREA OF UPTD BAGENDIT COMMUNITY HEALTH CENTER

Anita Rahmasari
Professional Nursing Study Program
Karsa Husada Garut Institute of Health Sciences

Background:

Elderly individuals are a vulnerable group for developing hypertension due to degenerative processes in the cardiovascular system. Uncontrolled hypertension can increase the risk of ineffective cerebral perfusion and cause symptoms such as headaches, which may affect patient comfort and sleep quality. One of the non-pharmacological interventions that can be applied is finger hold relaxation therapy to help reduce pain perception through its relaxation effect. **Objective:** This Nursing Final Scientific Paper aims to analyze the implementation of gerontic nursing care in elderly patients with hypertension and the application of finger hold relaxation therapy to help reduce headache intensity. **Methods:** The method used was a descriptive case study with a nursing process approach. The participant was Mrs. I, a 63-year-old woman with hypertension and a Katz Index A functional status. Finger hold relaxation therapy was provided for three consecutive days with a duration of approximately 15 minutes per session. **Results:** The assessment results identified four nursing diagnoses: Ineffective Cerebral Tissue Perfusion Risk, Acute Pain, Disturbed Sleep Pattern, and Ineffective Health Maintenance. At the initial assessment, the patient's blood pressure was 170/100 mmHg with a headache pain scale of 5 (moderate). After three days of nursing care, blood pressure decreased to 158/90 mmHg, pain intensity decreased to 1 (mild), the patient appeared more relaxed, sleep quality improved from approximately 5 hours to 7–8 hours per night, and the patient's understanding of hypertension management increased. **Conclusion:** Nursing care for elderly patients with hypertension focuses on preventing the risk of ineffective cerebral perfusion through blood pressure control and patient condition monitoring. Finger hold relaxation therapy as a supportive intervention for Acute Pain helps reduce headache perception and improve comfort in hypertensive patients.

Keywords: Elderly, Hypertension, Risk for Ineffective Cerebral Perfusion, Finger Hold Relaxation, Gerontic Nursing Care.

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini. Tidak lupa shalawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada baginda Rasulullah SAW, kepada keluarganya, sahabat, serta pengikutnya dan kita semua hingga akhir zaman.

Pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini dilaksanakan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi Profesi Ners di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Adapun judul yang diangkat adalah “Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi Pada Ny. I (Katz Indeks A) Dan Intervensi Terapi Relaksasi Genggam Jari di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Bagendit”.

Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, pengarahan dan bimbingan dari berbagai pihak, baik dalam bentuk moril maupun materil. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE., M.Si, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., M.Kep, selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sulastini, M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan kebidanan Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
5. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut dan selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing, mengarahkan, memberikan masukan dan berbagi ilmu yang luar biasa kepada penulis selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak Wahyudin S.Kp., M.Kep selaku penelaah I yang telah memberikan

arahan serta masukan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Bapak Rudy Alfriansah, Ns.,M.Pd selaku penelaah II yang telah memberikan arahan serta masukan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Staff dan dosen Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
9. Dengan penuh rasa syukur dan hormat, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada kedua orang tua tercinta, Bapak Dedih Nuryadin dan Ibu Nurjanah, yang telah menjadi sumber kekuatan dan inspirasi dalam setiap langkah kehidupan penulis. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada kakak kakak saya Usi Nurdianti, Risa Utami, Aldi Muhamad Fauzi, dan adik saya Amelia Nisa. Terimakasih atas kasih sayang, doa dan dukungan yang membuat penulis semangat dalam penyelesaian tugas akhir ini. Semoga kita terus saling mendukung, atas segala kebaikan dan pengorbanan, semoga mendapatkan balasan terbaik dari Allah SWT.
10. Penulis mengucapkan terima kasih kepada seseorang yang penuh kasih, yang telah memberikan doa, dukungan, semangat, dan motivasi selama menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan hingga Profesi Ners. Meskipun terpisah oleh jarak, perhatian dan dukungan yang diberikan menjadi salah satu penyemangat bagi penulis dalam menyelesaikan setiap proses pendidikan serta penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
11. Kepada teman teman angkatan Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, berkat kalian, selama menempuh pendidikan Profesi Ners, penulis merasa bersyukur karena dapat diterima dengan baik di lingkungan akademik maupun praktik klinik. Penulis dapat berbaur dengan teman-teman angkatan Profesi Ners, dosen, pembimbing lahan, serta tenaga kesehatan lainnya sehingga tercipta suasana belajar yang nyaman, saling mendukung, dan penuh kekeluargaan. Dukungan, kerja sama, serta kebersamaan yang terjalin membuat penulis mampu menjalani setiap proses pembelajaran dan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan lebih percaya diri, nyaman, dan penuh semangat.

Mudah-mudahan segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT dengan berlipat ganda. Akhir kata penulis berharap semoga penelitian ini bisa bermanfaat bagi semua pihak. Aamiin.

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

Garut, Juli 2026

Penulis

Anita Rahmasari
NIM : KHGD25005

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN SIDANG	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
ABSTRAK.....	v
<i>ABSTRACT</i>.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan	6
1.2.1 Tujuan Umum	6
1.2.2 Tujuan Khusus.....	6
1.3 Manfaat Penelitian.....	6
1.3.1 Manfaat Teoritis	7
1.3.2 Manfaat Praktis	7
1.4 Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Lansia.....	9
2.1.1 Definisi Lansia	9
2.1.2 Batasan Usia Lansia.....	9
2.1.3 Karakteristik Lansia.....	10
2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	10
2.1.5 Tipe Lansia	14

2.2 Konsep Hipertensi	15
2.2.1 Definisi Hipertensi.....	15
2.2.2 Klasifikasi Hipertensi.....	16
2.2.3 Etiologi.....	16
2.2.4 Manifestasi Klinis.....	18
2.2.5 Patofisiologi	19
2.2.6 Pathway	22
2.2.7 Komplikasi.....	23
2.2.8 Pemeriksaan Penunjang.....	24
2.2.9 Penatalaksanaan	25
2.3 Konsep Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif.....	28
2.4 Konsep Nyeri	29
2.4.1 Definisi Nyeri.....	29
2.4.2 Klasifikasi Nyeri.....	30
2.4.3 Pengkajian Nyeri	31
2.4.4 Pengukuran Skala Nyeri.....	32
2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia	34
2.5.1 Pengkajian	34
2.5.2 Analisa Data.....	46
2.5.3 Diagnosis Keperawatan.....	46
2.5.4 Intervensi Keperawatan.....	53
2.5.5 Implementasi Keperawatan	61
2.5.6 Evaluasi Keperawatan	60
2.5.7 Definisi <i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	62
2.5.8 Tujuan <i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	62
2.5.9 Langkah Langkah <i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	63
2.6 Konsep Terapi Relaksasi Genggam Jari.....	63
2.6.1 Definisi Terapi Relaksasi Genggam Jari	63
2.6.2 Indikasi Terapi Relaksasi Genggam Jari	64
2.6.3 Kontraindikasi Relaksasi Genggam Jari.....	65

2.6.4 Tujuan Terapi Relaksasi Genggam Jari	65
2.6.5 Efektivitas Terapi Relaksasi Genggam Jari	66
2.6.6 SOP Terapi Relaksasi Genggam Jari.....	67
2.6.7 Hasil Analisis Jurnal	69
BAB III TINJAU KASUS DAN PEMBAHASAN	71
3.1 Tujuan Kasus	71
3.1.1 Pengkajian	71
3.1.2 Analisa Data.....	91
3.1.3 Diagnosis Keperawatan.....	92
3.1.4 Intervensi Keperawatan.....	95
3.1.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	99
3.1.6 Catatan Perkembangan.....	101
3.2 Pembahasan	108
3.2.1 Pengkajian	108
3.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	112
3.2.3 Intervensi Keperawatan.....	117
3.2.4 Implementasi Keperawatan	119
3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	122
3.2.6 Analisis <i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	124
3.2.7 Dokumentasi	127
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	130
4.1 Kesimpulan.....	131
4.2 Saran	132
4.2.1 Bagi Pasien	132
4.2.2 Bagi Pelayanan Kesehatan.....	133
4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	133
DAFTAR PUSTAKA	134
LAMPIRAN	137

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Nyeri Numerik	33
---	----

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Pathway</i> Hipertensi	22
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi	16
Tabel 2.2 format pengkajian Katz Indeks.....	41
Tabel 2.3 <i>Skort Portable Mental Status Quesioner (SPSMQ)</i>	42
Tabel 2.4 format pengkajian Mini Mental Status <i>Exam (MMSE)</i>	43
Tabel 2.5 Pengkajian Skala Depresi.....	45
Tabel 2.6 Intervensi	53
Tabel 2.7 SOP Terapi Relaksasi Genggam Jaari	67
Tabel 2.8 Hasil Analisis Jurnal.....	69
Tabel 3.1 Nutrisi Dan Metabolik	75
Tabel 3.2 Pola Eliminasi.....	76
Tabel 3.3 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	76
Tabel 3.4 Pola Istirahat Dan Tidur... ..	78
Tabel 3.5 APGAR Keluarga	84
Tabel 3.6 <i>Skort Portable Mental Status Quesioner (SPSMQ)</i>	85
Tabel 3.7 format pengkajian <i>Mini Mental Status Exam (MMSE)</i>	86
Tabel 3.8 format pengkajian Katz Indeks	88
Tabel 3.9 Pengkajian Skala Depresi Lansia	90
Tabel 3.10 Analisa Data	91
Tabel 3.11 Intervensi	96
Tabel 3.12 Implementasi Dan Evaluasi	100
Tabel 3.13 Catatan Perkembangan	102

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Bimbingan	137
Lampiran 2 <i>Informed Consent</i>	139
Lampiran 3 Observasi Skala Nyeri.....	140
Lampiran 4 Media Pendidikan Kesehatan.....	141
Lampiran 5 Dokumentasi	142

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lanjut usia (lansia) merupakan tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia yang ditandai dengan terjadinya proses penuaan secara alami dan menyebabkan perubahan pada berbagai aspek kehidupan, terutama perubahan biologis dan fisiologis tubuh. Definisi tersebut sejalan dengan *World Health Organization (WHO)* yang menetapkan bahwa lansia merupakan individu yang berusia 60 tahun atau lebih. Proses penuaan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan adaptasi tubuh terhadap berbagai perubahan lingkungan maupun stresor fisiologis, sehingga kelompok lansia memiliki risiko lebih tinggi mengalami berbagai penyakit degeneratif. Perubahan tersebut terjadi akibat adanya penurunan fungsi berbagai sistem organ, salah satunya sistem kardiovaskular yang berperan penting dalam mempertahankan sirkulasi dan keseimbangan tekanan darah (Mujiadi & Rachmah, 2022).

Seiring bertambahnya usia, sistem kardiovaskular mengalami berbagai perubahan struktural dan fungsional yang dapat memengaruhi kemampuan tubuh dalam mempertahankan fungsi hemodinamik. Perubahan tersebut meliputi peningkatan kekakuan pembuluh darah arteri, penurunan fungsi endotel, perubahan regulasi sistem saraf otonom, serta perubahan struktur dan fungsi jantung. Peningkatan kekakuan arteri pada lansia menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler yang berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah, terutama tekanan

darah sistolik. Kondisi tersebut menjadikan lansia sebagai kelompok yang rentan mengalami gangguan kardiovaskular, termasuk hipertensi (Abdellatif et al., 2023).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan global dan sering ditemukan pada kelompok lanjut usia. Hipertensi ditandai dengan peningkatan tekanan darah secara menetap akibat adanya peningkatan resistensi pembuluh darah perifer dan gangguan mekanisme regulasi tekanan darah. Pada lansia, kejadian hipertensi semakin meningkat karena adanya perubahan fisiologis akibat proses penuaan serta adanya faktor risiko lain seperti pola makan tinggi natrium, kurang aktivitas fisik, obesitas, dan gaya hidup yang tidak sehat (*World Health Organization, 2025*).

Hipertensi masih menjadi salah satu masalah kesehatan utama di dunia. Diperkirakan sekitar 1,28 miliar orang dewasa berusia 30–79 tahun mengalami hipertensi, dengan sebagian besar kasus ditemukan di negara berpendapatan rendah dan menengah. Kondisi ini dikenal sebagai *silent killer* karena umumnya tidak menimbulkan gejala yang khas, tetapi tekanan darah yang tidak terkontrol dalam jangka panjang dapat menyebabkan kerusakan organ target, seperti jantung, otak, dan ginjal (*World Health Organization, 2025*).

Di Indonesia, hipertensi masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang memiliki angka kejadian tinggi. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada penduduk usia ≥ 18 tahun mencapai 30,8%. Angka tersebut menunjukkan bahwa hipertensi masih menjadi permasalahan kesehatan yang banyak ditemukan pada masyarakat Indonesia dan membutuhkan upaya

pengendalian secara berkelanjutan melalui deteksi dini, pengobatan, serta perubahan gaya hidup (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi penderita hipertensi sebesar 34,4% yang menjadikannya provinsi dengan prevalensi tertinggi ketiga dari tiga puluh delapan provinsi di Indonesia. Menurut Dinas Kesehatan Jawa Barat total jumlah penderita hipertensi di Garut yaitu sebanyak 106.219 orang atau 3,81 % dari 2,79 juta penduduk (Open Data Jabar, 2023). Menurut profil kesehatan puskesmas Bagendit Kabupaten Garut angka kejadian hipertensi di wilayah kerja puskesmas bagendit pada tahun 2025 adalah sekitar 1.436 orang atau 40% dari total penduduk sekitar 36.494 jiwa dikecamatan tersebut. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa hipertensi masih menjadi masalah kesehatan yang ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Bagendit sehingga diperlukan upaya pdengendalian tekanan darah secara komprehensif melalui pendekatan farmakologi dan nonfarmakologi.

Penatalaksanaan hipertensi pada lansia dilakukan secara komprehensif melalui pendekatan farmakologi dan nonfarmakologi. Pengelolaan hipertensi tidak hanya bertujuan menurunkan tekanan darah, tetapi juga mencegah terjadinya komplikasi akibat peningkatan tekanan vaskuler yang berlangsung dalam jangka panjang. Salah satu komplikasi yang perlu diperhatikan pada penderita hipertensi adalah gangguan perfusi serebral akibat perubahan struktur dan fungsi pembuluh darah. Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler, kekakuan arteri, serta gangguan autoregulasi pembuluh darah otak sehingga meningkatkan risiko terjadinya penurunan aliran darah ke jaringan

serebral. Oleh karena itu, pemantauan tekanan darah dan kondisi neurologis menjadi bagian penting dalam asuhan keperawatan pada pasien hipertensi, khususnya kelompok lansia yang mengalami perubahan sistem kardiovaskuler akibat proses penuaan.

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), salah satu masalah keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan faktor risiko hipertensi adalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, yaitu kondisi ketika individu berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak yang dapat mengganggu fungsi neurologis. Pada lansia, risiko tersebut semakin meningkat akibat adanya penurunan elastisitas pembuluh darah, peningkatan kekakuan arteri, serta perubahan kemampuan vasodilatasi pembuluh darah. Oleh karena itu, pengkajian tekanan darah, pemantauan tanda-tanda vital, serta observasi terhadap keluhan yang berkaitan dengan gangguan perfusi serebral diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

Manifestasi klinis hipertensi sangat bervariasi dan pada sebagian besar penderita tidak menunjukkan gejala sehingga sering disebut sebagai *silent killer*. Namun, ketika tekanan darah meningkat atau tidak terkontrol, beberapa pasien dapat mengalami keluhan seperti nyeri kepala, pusing, rasa berat pada tengkuk, mudah lelah, gangguan tidur, penglihatan kabur, hingga gangguan neurologis. Nyeri kepala pada pasien hipertensi dapat terjadi akibat peningkatan tekanan pada pembuluh darah serebral yang menyebabkan peregangan dinding pembuluh darah serta aktivasi reseptor nyeri. Kondisi tersebut menunjukkan adanya respons tubuh terhadap peningkatan tekanan vaskuler dan dapat menurunkan kenyamanan pasien.

Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat diberikan untuk membantu mengatasi keluhan nyeri pada pasien hipertensi adalah terapi relaksasi genggam jari (*finger hold relaxation*). Terapi ini merupakan teknik relaksasi sederhana dengan cara menggenggam jari secara bergantian disertai teknik napas dalam. Stimulasi sentuhan dan pengaturan pernapasan pada terapi ini dapat meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis serta menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga membantu mengurangi ketegangan tubuh, menurunkan persepsi nyeri, dan memberikan efek relaksasi. Penurunan respons stres tersebut secara tidak langsung dapat membantu mengendalikan tekanan darah sebagai salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan perfusi serebral (Handayani *et al.*, 2022; Windatrirossal *et al.*, 2025).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya, terapi relaksasi genggam jari terbukti memberikan efek positif terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien hipertensi. Penelitian Trisna & Yantiana (2025) menunjukkan bahwa pemberian terapi relaksasi genggam jari selama tiga hari mampu menurunkan skala nyeri kepala pasien hipertensi dari skala 7 menjadi 0. Selain itu, penelitian Al-Amin *et al.* (2024) menunjukkan bahwa kombinasi relaksasi genggam jari dan napas dalam efektif membantu menurunkan nyeri akut serta meningkatkan kenyamanan pasien hipertensi.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi Pada Ny. I Dan Intervensi Relaksasi Genggam Jari Di Wilayah UPT Puskesmas Bagendit ” dalam bentuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1. Tujuan Umum

Tujuan umum untuk mengetahui Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi Pada Ny. I (Katz Indeks A) Dan Intervensi Relaksasi Genggam Jari Di Wilayah UPT Puskesmas Bagendit.

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Ny. I dengan hipertensi.
2. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosis keperawatan pada Ny. I dengan hipertensi.
3. Mahasiswa mampu menyusun perencanaan tindakan keperawatan pada Ny. I dengan hipertensi berbasis *Evidence Based Practice*.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. I dengan hipertensi berbasis *Evidence Based Practice*.
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada Ny. I dengan hipertensi.
6. Mahasiswa mampu menganalisis *Evidence Based Practice* ke dalam asuhan keperawatan pada Ny. I dengan hipertensi.
7. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan Lansia Dengan Hipertensi Pada Ny. I (Katz Indeks A) Dan Intervensi Relaksasi Genggam Jari di wilayah kerja UPTD Puskesmas Bagendit.

1.3 Manfaat

Bagi peneliti selanjutnya, studi kasus ini diharapkan dapat menjadi referensi dan sumber informasi mengenai penerapan terapi nonfarmakologis berupa relaksasi genggam jari (*finger hold relaxation*) dalam membantu mengurangi persepsi nyeri

dan keluhan pada lansia dengan hipertensi. Selain itu, hasil studi ini dapat menjadi dasar pengembangan penelitian lebih lanjut mengenai efektivitas terapi relaksasi genggam jari dalam asuhan keperawatan gerontik.

1.3.1 Manfaat Teoritis

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Studi kasus ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan melalui penerapan terapi relaksasi genggam jari sebagai intervensi nonfarmakologis untuk membantu menurunkan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi.

2. Bagi Puskesmas

Puskesmas diharapkan dapat memanfaatkan hasil studi kasus ini sebagai sumber informasi dalam penerapan terapi relaksasi genggam jari sebagai salah satu intervensi pendamping untuk membantu mengontrol tekanan darah pada lansia dengan hipertensi.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir ini terdiri atas empat bab. Bab I Pendahuluan berisi latar belakang, tujuan, manfaat, dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan Teori membahas konsep lansia, hipertensi, terapi relaksasi genggam jari, serta konsep asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi. Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan memuat pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi,

implementasi, evaluasi, serta pembahasan berdasarkan *evidence-based practice*.

Bab IV Penutup berisi kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Proses menua (*ageing*) merupakan tahapan alami yang akan dialami oleh setiap individu sebagai bagian dari siklus kehidupan. Seiring bertambahnya usia, seseorang akan memasuki masa lanjut usia yang ditandai dengan berbagai perubahan fisik, psikologis, sosial, dan fungsional. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun atau lebih. Definisi tersebut sejalan dengan *World Health Organization (WHO)* yang menetapkan bahwa lansia merupakan individu yang berusia 60 tahun atau lebih *World Health Organization* dalam (Ningsih & Afrinaldi, 2023).

Seiring bertambahnya usia, lansia akan mengalami penurunan fungsi tubuh akibat proses penuaan. Perubahan tersebut meliputi penurunan kekuatan otot, fungsi penglihatan dan pendengaran, elastisitas kulit, serta daya tahan tubuh. Kondisi ini menyebabkan lansia lebih rentan mengalami berbagai penyakit kronis, salah satunya hipertensi. Oleh karena itu, upaya pemeliharaan kesehatan diperlukan untuk mempertahankan kualitas hidup lansia (Sumarni, 2025).

2.1.2 Batasan Usia Lansia

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa batas-batasan umur usia lanjut antara lain sebagai berikut (Ningsih & Afrinaldi, 2023).

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

2.1.3 Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia menurut Kemenkes RI (2017), yaitu:

- a. Seseorang dikatakan lansia ketika telah mencapai usia 60 tahun keatas.
- b. Usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki, lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dan lansia lakilaki yang bercerai umumnya kawin lagi.
- c. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, kebutuhan biopsikososial dan spiritual, kondisi adaptif hingga kondisi maladaptive.

2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Seiring bertambahnya usia, seseorang akan mengalami berbagai perubahan baik secara fisik, mental, maupun sosial. Masa lansia merupakan fase kehidupan yang ditandai dengan menurunnya fungsi tubuh secara alami, yang dapat memengaruhi kualitas hidup dan aktivitas sehari-hari. Berikut bentuk perubahan-perubahan yang dialami lansia Menurut (Ningsih & Afrinaldi, 2023):

1. Perubahan fisik pada lansia
 - a. Sistem integumen

Perubahan-perubahan yang biasa terjadi pada sistem integument antara lain:

- 1) Penurunan melanosit menyebabkan lansia tampak pucat. Selain itu, penurunan melanosit juga dapat mengakibatkan kulit pada lansia lebih sensitif terhadap sinar matahari. Selain itu, berkurangnya melanin dapat mengakibatkan warna rambut memutih, atau timbul uban.
 - 2) Penurunan fungsi kelenjar sebacea dan kelenjar keringat menyebabkan produksi keringat pada lansia akan menurun dan kulit akan cenderung kering.
 - 3) Penurunan lemak subcutan dapat menimbulkan munculnya kerutan
 - 4) Kuku mengalami penebalan sehingga tampak kuning dan rapuh, hal ini bisa terjadi dikarenakan menurunnya sirkulasi perifer pada lansia
- b. Sistem Muskuluskeletal
- 1) Penurunan calsium pada tulang yang dapat mengakibatkan osteoporosis dan kelengkungan pada tulang.
 - 2) Penurunan suplai darah ke otot dapat menyebabkan massa otot menurun sehingga kekuatan otot juga akan menurun, hal ini akan menyebabkan lansia beresiko untuk jatuh.
- c. Sistem Kardiovaskuler
- 1) Menurunnya kemampuan kontraksi otot jantung, akan menurunkan cardiac output sehingga oksigenasi ke jaringan menurun dan penurunan sirkulasi perifer.
 - 2) Adanya arteriklerosis mengakibatkan lansia mengalami peningkatan tekanan darah.

d. Sistem pencernaan

- 1) Berkurangnya jumlah gigi dan karies pada lansia sehingga mereka mengalami kesulitan dalam mengunyah makan, sehingga mengalami penurunan status nutrisi.
- 2) Penurunan peristaltik usus akan menyebabkan konstipasi pada lansia dan penurunan asupan nutrisi

e. Sistem Perkemihan

- 1) Elastisitas jaringan menurun termasuk bladder sehingga kapasitas bladder untuk menampung urin juga ikut menurun.
- 2) Karena ketidakseimbangan hormon pada lansia, mengakibatkan pembesaran prostat sehingga meningkatkan resiko infeksi pada prostat. Selain itu, pembesaran prostat akan mengakibatkan aliran urin menurun saat BAK.

f. Sistem persepsi sensori

- 1) Penurunan jumlah bulu mata akan mengakibatkan lansia mudah mengalami injuri pada mata.
- 2) Berkurangnya air mata pada lansia juga akan meningkatkan resiko iritasi mata.
- 3) Penurunan pendengaran pada lansia meliputi adanya penurunan elastisitas jaringan yang dapat mengakibatkan adanya penurunan pendengaran pada lansia, lansia tidak dapat membedakan antara suara normal dengan suara yang keras.

g. Sistem Reproduksi

Pada lansia perempuan terjadi penurunan hormon estrogen, akan menurunkan sekresi cairan vagina. Sedangkan pada laki-laki testis masih bisa memproduksi spermatozoa, meskipun terjadi penurunan produksi secara berangsur-angsur.

2. Perubahan Psikologis

Sebagian orang yang akan mengalami hal ini dikarenakan berbagai masalah hidup ataupun yang kali ini dikarenakan umur seperti:

- a. Kesepian, terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal
- b. Gangguan cemas

3. Gangguan tidur

Gangguan tidur pada lansia terjadi akibat perubahan fisiologis proses penuaan, seperti penurunan produksi melatonin dan perubahan pola tidur, serta dapat dipengaruhi oleh kondisi kesehatan seperti penyakit kronis, nyeri, dan faktor psikologis.

4. Perubahan kognitif

Banyak lansia mengalami perubahan kognitif, tidak hanya lansia biasanya anak-anak muda juga pernah mengalaminya seperti: *Memory* (Daya ingat).

5. Perubahan intelektual

Akibat proses penuaan juga akan terjadi kemunduran pada kemampuan otak seperti perubahan *intelegenita quantion (IQ)* yaitu fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi nonverbal, pemecahan masalah, konsentrasi dan kesulitan

mengenai 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.

6. Perubahan Keagamaan

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

2.1.5 Tipe Lansia

Beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya. Tipe tersebut yaitu sebagai berikut (Annisa et al., 2024):

a. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, mengikuti aktivitas keagamaan sesuai dengan agama yang dianut, dan menjadi panutan bagi orang-orang disekitarnya.

b. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.

c. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah,

tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, pemilih, dan banyak menuntut.

d. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja

e. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

American Heart Association (AHA) menyebutkan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi di mana tekanan darah pada dinding arteri meningkat. Tekanan darah diukur dalam dua angka, yaitu tekanan sistolik (tekanan saat jantung berkontraksi) dan tekanan diastolik (tekanan saat jantung beristirahat di antara kontraksi). Hipertensi biasanya didiagnosis ketika seseorang memiliki tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg dalam pengukuran yang konsisten (*Association, 2024*).

Hipertensi merupakan suatu kondisi kronis yang banyak dialami oleh masyarakat baik di negara maju ataupun di negara berkembang dan sering dikenal sebagai "*the silent killer*". Dikatakan hipertensi apabila tekanan darah sistol lebih tinggi atau sama dengan 140 mmHg dengan tekanan darah diastol lebih tinggi atau sama dengan 90 mmHg dengan selang waktu pengukuran 5 menit dalam keadaan cukup istirahat (*Oktamianti et al., 2023*).

2.2.2 Klasifikasi Hipertensi

Kategori tekanan darah menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah sebagai berikut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024):

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Optimal	< 120	< 80 mmHg
Normal	120-129	80-84 mmHg
Prehipertensi	120 - 139	85-89 mmHg
Hipertensi stadium 1	140 -159	90-99 mmHg
Hipertensi stadium 2	160-179	100-109mmHg
Krisis Hipertensi	≥ 180	≥ 110 mmHg

2.2.3 Etiologi Hipertensi

Hipertensi disebabkan oleh beberapa faktor resiko, yang terdiri dari faktor yang tidak dapat dikontrol dan faktor yang dapat dikontrol. Faktor yang tidak terkontrol antara lain keturunan, jenis kelamin, dan umur. Sedangkan faktor yang dapat dikontrol yaitu kegemukan, konsumsi garam berlebih, kurang olahraga, merokok dan konsumsi alkohol (Ningsih & Afrinaldi, 2023).

1. Faktor risiko hipertensi yang tidak dapat diubah

a. Riwayat keluarga

Faktor genetik berperan terhadap kejadian hipertensi. Riwayat keluarga dapat menjadi dasar untuk melakukan pencegahan dan deteksi dini.

b. Usia

Tekanan darah cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, terutama pada usia lanjut. Hal ini disebabkan oleh perubahan alami pada pembuluh darah yang menebal dan menjadi lebih kaku. Namun, hipertensi tidak hanya terjadi pada lansia, anak-anak pun dapat mengalaminya.

c. Jenis kelamin

Laki-laki cenderung mengalami hipertensi lebih banyak sebelum usia 55 tahun, sedangkan pada wanita, hipertensi lebih sering terjadi setelah usia 55 tahun atau masa menopause. Hal ini disebabkan oleh perubahan hormonal yang terjadi pada wanita setelah menopause, yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah.

2. Faktor risiko hipertensi yang dapat diubah

a. Obesitas

Kelebihan berat badan dapat meningkatkan kadar lemak darah yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah sehingga tekanan darah meningkat.

b. Merokok

Kandungan nikotin dan karbon monoksida pada rokok dapat merusak pembuluh darah dan mempercepat aterosklerosis.

c. Konsumsi alkohol dan kafein berlebih

Konsumsi alkohol dan kafein berlebihan dapat memengaruhi kerja jantung dan meningkatkan tekanan darah.

d. Konsumsi garam berlebih

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

e. Stres

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

2.2.4 Manifestasi Klinis

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

1. Sakit kepala, terutama yang muncul tiba-tiba akibat peningkatan tekanan darah.
2. Gangguan penglihatan, seperti penglihatan kabur akibat kerusakan pembuluh darah retina (retinopati hipertensi).
3. Mual dan muntah, yang dapat mengindikasikan peningkatan tekanan intrakranial atau perdarahan otak.
4. Nyeri dada, akibat gangguan aliran darah ke jantung dan berisiko berkembang menjadi serangan jantung.
5. Sesak napas, yang terjadi karena penurunan fungsi pompa jantung.
6. Perdarahan subkonjungtiva, berupa bercak darah pada mata yang dapat

menunjukkan kerusakan pembuluh darah akibat hipertensi.

7. Mimisan (epistaksis), yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah di hidung akibat tekanan darah tinggi.

2.2.5 Patofisiologi

Patofisiologi hipertensi diawali oleh adanya berbagai faktor risiko yang dapat memengaruhi sistem kardiovaskuler, seperti bertambahnya usia, faktor genetik, jenis kelamin, pola makan tinggi garam, kurang aktivitas fisik, obesitas, stres, serta gaya hidup yang tidak sehat. Faktor-faktor tersebut menyebabkan terjadinya peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis dan gangguan regulasi tekanan darah. Aktivasi saraf simpatis menyebabkan pelepasan neurotransmitter seperti norepinefrin yang menimbulkan vasokonstriksi pembuluh darah sehingga meningkatkan tahanan perifer vaskuler dan menyebabkan tekanan darah meningkat. Selain itu, aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAA) menghasilkan angiotensin II yang menyebabkan vasokonstriksi serta meningkatkan sekresi aldosteron yang mengakibatkan retensi natrium dan air, sehingga volume darah meningkat dan tekanan darah semakin tinggi (Manuscript & Vaccarino, 2019).

Hipertensi yang berlangsung secara kronis menyebabkan perubahan struktur dan fungsi pembuluh darah berupa penebalan dinding arteri, peningkatan kekakuan pembuluh darah, aterosklerosis, serta penurunan elastisitas vaskuler. Perubahan tersebut menyebabkan lumen pembuluh darah menjadi lebih sempit sehingga resistensi vaskuler meningkat dan kemampuan pembuluh darah dalam melakukan vasodilatasi maupun vasokonstriksi mengalami penurunan. Pada lansia, proses penuaan mempercepat perubahan tersebut akibat berkurangnya elastisitas jaringan

ikat dan menurunnya kemampuan relaksasi otot polos pembuluh darah, sehingga lansia lebih berisiko mengalami peningkatan tekanan darah dan gangguan sirkulasi (Kadek *et al.*, 2024).

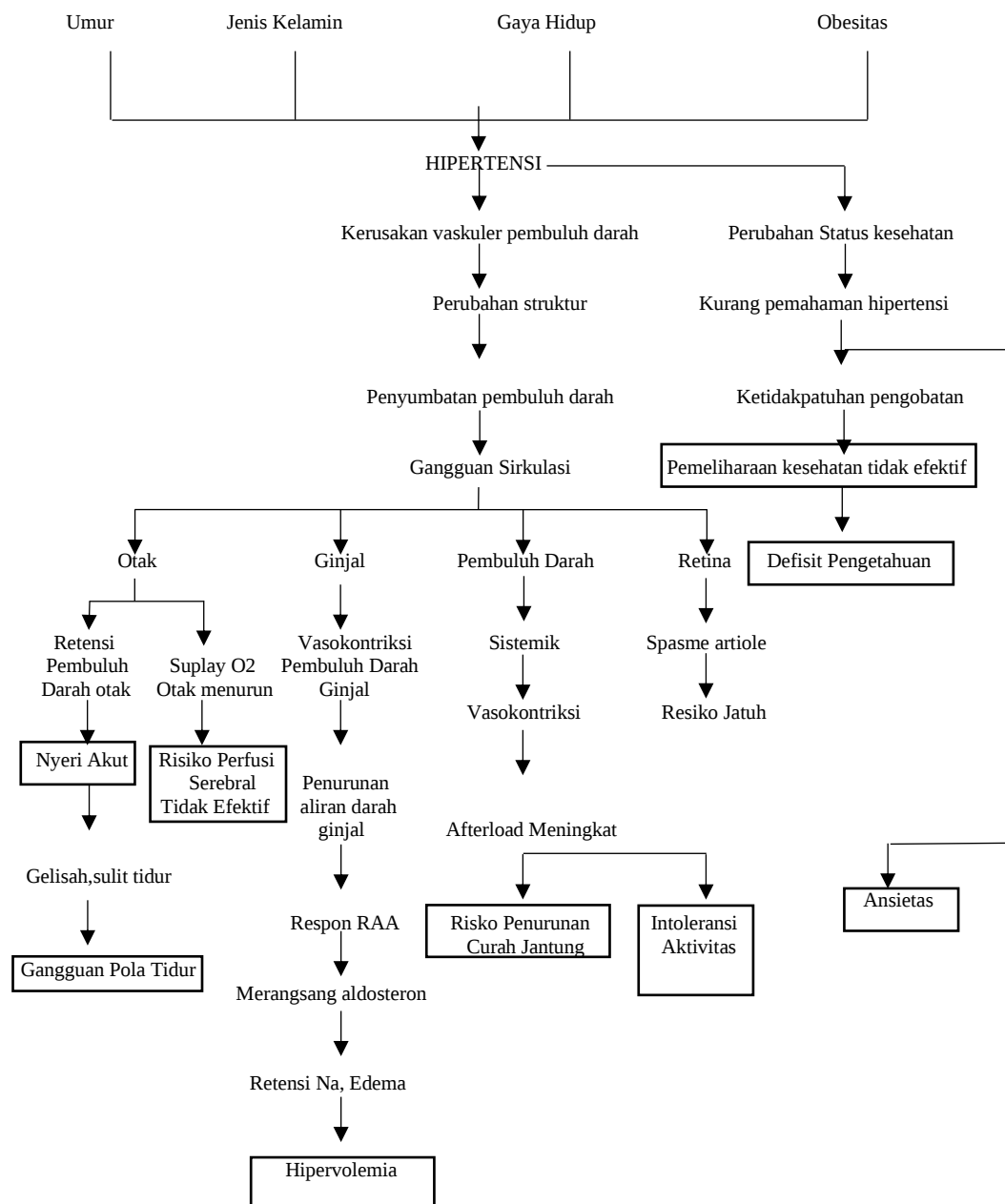
Peningkatan tekanan darah yang terjadi secara terus-menerus dapat memengaruhi sistem vaskuler serebral. Tekanan tinggi pada pembuluh darah otak menyebabkan perubahan pada dinding pembuluh darah dan mengganggu mekanisme autoregulasi serebral dalam mempertahankan kestabilan aliran darah ke jaringan otak. Gangguan autoregulasi tersebut menyebabkan kemampuan pembuluh darah serebral dalam menyesuaikan aliran darah terhadap perubahan tekanan menjadi menurun, sehingga berisiko terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen serta nutrisi ke jaringan otak. Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada pasien hipertensi.

Selain menyebabkan gangguan regulasi aliran darah serebral, peningkatan tekanan vaskuler pada otak juga dapat menimbulkan berbagai keluhan klinis. Peningkatan tekanan pada pembuluh darah serebral dapat menyebabkan peregangan dinding vaskuler dan merangsang reseptor nyeri sehingga muncul keluhan nyeri kepala, rasa berat pada kepala, maupun rasa tidak nyaman pada area tengkuk. Aktivitas sistem saraf simpatis yang meningkat akibat kondisi hipertensi dan nyeri juga dapat memperberat respons fisiologis berupa peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, serta ketegangan otot yang menyebabkan persepsi nyeri semakin meningkat.

Pada pasien lansia dengan hipertensi, kondisi tersebut memerlukan pengelolaan secara komprehensif melalui pemantauan tekanan darah, pengendalian faktor risiko, edukasi kesehatan, serta pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan mempertahankan perfusi serebral dan meningkatkan kenyamanan pasien.

2.2.6 Pathway

Bagan 2.1 Pathway Hipertensi



Sumber: (Herma, 2021), SDKI

2.2.7 Komplikasi

Hipertensi dapat menimbulkan berbagai komplikasi antara lain (KEMENKES, 2024):

a. **Penyakit jantung**

Hipertensi menyebabkan peningkatan beban kerja jantung sehingga dapat mengakibatkan hipertrofi ventrikel kiri, penyakit jantung koroner, gagal jantung, hingga infark miokard.

b. **Stroke**

Tekanan darah yang tinggi dapat merusak pembuluh darah otak sehingga meningkatkan risiko terjadinya stroke iskemik maupun stroke hemoragik akibat terganggunya perfusi serebral.

c. **Penyakit ginjal**

Hipertensi yang berlangsung lama dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah ginjal sehingga fungsi filtrasi menurun dan meningkatkan risiko penyakit ginjal kronis.

d. **Retinopati hipertensi**

Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah retina yang ditandai dengan penyempitan arteri retina, perdarahan, eksudat, hingga penurunan penglihatan.

e. **Penyakit pembuluh darah perifer**

Hipertensi mempercepat proses aterosklerosis pada arteri perifer sehingga dapat menyebabkan penurunan aliran darah ke ekstremitas, nyeri saat berjalan (klaudikasio), dan gangguan penyembuhan luka.

f. **Gangguan saraf**

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan gangguan neurologis akibat kerusakan pembuluh darah otak, seperti penurunan fungsi kognitif, gangguan keseimbangan, hingga komplikasi neurologis lainnya.

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

- a. Hitung darah lengkap (*Complete Blood cells Count*) meliputi pemeriksaan hemoglobin, hematokrit untuk melihat viskositas dan indikator faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.
- b. Kimia darah
 1. BUN, kreatinin peningkatan kadar menandakan penurunan perfusi atau fungsi renal.
 2. Serum glukosa hiperglisemia (DM adalah faktor presipitator hipertensi) akibat dari peningkatan kadar katekolamin.
 3. Kadar kolesterol/trigliserida peningkatan kadar mengindikasikan predisposisi pembentukan plak aterosklerotik.
 4. Kadar serum aldosteron : menilai adanya aldosteronisme primer.
 5. Studi tiroid (T3 dan T4): menilai adanya hipertiroidisme yang berkontribusi terhadap vasokonstriksi dan hipertensi.
 6. Asam urat hiperurisemia merupakan implikasi faktor hipertensi.
- c. Elektrolit
 1. Serum potasium atau kalium: hipokalemia menandakan adanya aldosteronisme atau efek samping terapi diuretik.

2. Serum kalsium jika terdapat peningkatan akan berkontribusi pada hipertensi.
- d. Radiologi
1. *Intra Venous Pyelografi (IVP)*: untuk mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti *renal parenchymal disease*, *urolithiasis*, *benign prostate hyperplasia (BPH)*.
 2. Rontgen toraks untuk menilai adanya kalsifikasi obstruktif katup jantung, deposit kalsium pada aorta, dan pembesaran jantung.
- e. EKG menilai adanya hipertrofi miokard, pola strain, gangguan konduksi atau disritmia (Rahmat *et al.*, 2024).

2.2.9 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi melibatkan pendekatan multidisiplin yang mencakup perubahan gaya hidup, pengobatan, dan pemantauan tekanan darah secara rutin. Berikut adalah langkah-langkah penatalaksanaan hipertensi menurut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

a. Non farmakologis

1. Pola Makan Sehat

Pengaturan pola makan merupakan salah satu upaya penting dalam mengontrol hipertensi dan mencegah penyakit tidak menular seperti diabetes, penyakit jantung, dan stroke. Pola makan yang dianjurkan bagi penderita hipertensi adalah *DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)* dengan meningkatkan konsumsi buah, sayuran, kacang-kacangan, biji-bijian, serta protein sehat seperti ikan, telur, dan susu rendah lemak. Pasien hipertensi juga

dianjurkan membatasi asupan garam (<5 gram/hari), lemak jenuh, lemak trans, dan gula tambahan. Penerapan diet perlu disesuaikan dengan kondisi individu, meliputi usia, aktivitas fisik, kondisi kesehatan, budaya, dan ketersediaan makanan lokal (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

2. Aktivitas fisik dan latihan

Aktivitas fisik meliputi gerakan tubuh dan aktivitas harian seperti bermain, bekerja, jalan kaki, melakukan kegiatan rumah, dan aktivitas rekreasi. Aktivitas fisik juga meliputi latihan (*exercise*), yaitu aktivitas fisik yang lebih direncanakan, terstruktur, dan berulang, dengan tujuan meningkatkan kebugaran fisik.

3. Berhenti merokok dan jangan mengonsumsi tembakau

4. Tidak konsumsi alkohol

Alkohol tingkat tinggi dan dalam jumlah besar secara teratur berhubungan dengan peningkatan risiko *CVD* (*Cardiovascular Disease*) karena penggunaan alkohol dapat merusak otot jantung, meningkatkan risiko stroke, dan dapat menyebabkan aritmia jantung.

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

6. Kelola stress

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

b. Terapi farmakologi

Terapi farmakologi pada hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah terjadinya komplikasi kardiovaskular. Pemilihan obat antihipertensi disesuaikan dengan kondisi pasien, faktor risiko, serta adanya penyakit penyerta. Golongan obat antihipertensi yang umum digunakan meliputi:

1. Diuretik

Diuretik bekerja dengan meningkatkan pengeluaran natrium dan cairan berlebih melalui urine sehingga volume darah berkurang dan tekanan darah menurun. Contoh obat golongan ini yaitu hidroklorotiazid, furosemid, dan spironolakton.

2. *Beta Blocker (β -blocker)*

Obat ini bekerja dengan menghambat reseptor beta adrenergik sehingga menurunkan frekuensi denyut jantung dan kontraktilitas miokard. Penurunan curah jantung tersebut menyebabkan tekanan darah berkurang. Contoh obat yaitu bisoprolol, atenolol, dan propranolol.

3. *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE-Inhibitor)*

ACE inhibitor bekerja dengan menghambat pembentukan angiotensin II yang berperan dalam vasokonstriksi pembuluh darah, sehingga menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan penurunan tekanan darah. Contoh obat yaitu captopril, lisinopril, dan enalapril.

4. *Angiotensin II Receptor Blocker (ARB)*

ARB bekerja dengan menghambat ikatan angiotensin II pada reseptornya sehingga mengurangi vasokonstriksi dan menurunkan tekanan darah.

Contoh obat yaitu losartan, valsartan, dan candesartan.

5. *Calcium Channel Blocker (CCB)*

CCB bekerja dengan menghambat masuknya ion kalsium ke dalam otot polos pembuluh darah sehingga terjadi relaksasi pembuluh darah (vasodilatasi) dan tekanan darah menurun. Contoh obat yaitu amlodipin, nifedipin, dan verapamil.

6. *Alpha Blocker*

Alpha blocker bekerja dengan menghambat reseptor alfa-1 pada pembuluh darah sehingga menyebabkan relaksasi otot polos dan vasodilatasi. Obat ini dapat digunakan terutama pada hipertensi yang sulit dikontrol. Contoh obat yaitu prazosin, terazosin, dan doxazosin

2.3 Konsep Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Risiko perfusi serebral tidak efektif adalah kondisi ketika seseorang berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke jaringan otak sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi tidak terpenuhi secara optimal (DPP PPNI, 2017). Perfusi serebral yang adekuat sangat penting untuk mempertahankan fungsi otak. Pada pasien hipertensi, peningkatan tekanan darah yang berlangsung secara terus-menerus dapat menyebabkan kerusakan endotel pembuluh darah, penebalan dinding arteri, serta penurunan elastisitas pembuluh darah otak. Kondisi tersebut mengganggu mekanisme autoregulasi serebral sehingga aliran darah ke otak menjadi tidak optimal dan meningkatkan risiko terjadinya gangguan perfusi serebral. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko tersebut antara lain hipertensi, aterosklerosis, diabetes

melitus, dislipidemia, penyakit jantung, kelainan pembuluh darah otak, riwayat stroke, dan proses penuaan.

Risiko perfusi serebral tidak efektif merupakan kondisi yang memerlukan upaya pencegahan sebelum terjadi gangguan aliran darah ke jaringan otak. Oleh karena itu, perawat perlu melakukan pemantauan tekanan darah dan status neurologis secara berkala serta mengidentifikasi munculnya tanda dan gejala seperti sakit kepala, pusing, perubahan tingkat kesadaran, gangguan bicara, kelemahan ekstremitas, atau gangguan penglihatan. Upaya pencegahan juga dilakukan melalui edukasi mengenai kepatuhan mengonsumsi obat antihipertensi, penerapan diet rendah garam, pengendalian faktor risiko, dan kolaborasi dalam pemberian terapi sesuai indikasi agar perfusi serebral tetap adekuat.

2.4 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, yang muncul secara tiba-tiba atau bertahap dengan intensitas ringan hingga berat dan berlangsung kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Nyeri bersifat subjektif sehingga persepsi dan respons setiap individu dapat berbeda, bergantung pada kondisi fisik, psikologis, serta pengalaman masing-masing (Saputri *et al.*, 2023).

Pada pasien hipertensi, nyeri kepala merupakan salah satu manifestasi klinis yang sering terjadi akibat peningkatan tekanan darah yang mengganggu

mekanisme autoregulasi pembuluh darah otak. Kondisi tersebut menyebabkan aktivasi nosiseptor sehingga timbul nyeri kepala yang umumnya dirasakan di daerah oksipital atau frontal dengan karakter berdenyut, dan dapat disertai pusing maupun mual (Arca & Halker Singh, 2019).

2.4.2 Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempatnya, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan (Saputri et al., 2023):

1. Nyeri berdasarkan tempatnya:

1. *Pheriperal pain*, yaitu nyeri terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.
2. *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral
3. *Referred pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
4. *Central pain*, yaitu yang terjadi karena perangsangan pada system saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus, dan lain-lain

2. Nyeri berdasarkan sifatnya:

- 1) *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- 2) *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.

3) *Paroxysmal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.

3. Nyeri berdasarkan berat ringannya:

- 1) Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah
- 2) Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
- 3) Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi.

4. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan

1) Nyeri akut

Nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas

2) Nyeri kronis

Nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan dan biasanya diklasifikasikan sebagai nyeri kronis, baik sumber nyeri itu diketahui atau tidak, atau nyeri itu tidak bisa disembuhkan, penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga sukar bagi penderita untuk menunjukkan lokasinya.

2.4.3 Pengkajian Nyeri

Nyeri dapat dinilai dengan memahami (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut Abselian dkk, (2023):

a. *Provocates/palliates* (P)

Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan

dan meningkatkan nyeri.

b. *Quality (Q)*

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang di rasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk dan sebagainya.

c. *Region (R)*

Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri (Pinzon, 2016).

d. *Severity (S)*

Mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, biasanya menggunakan rentang skala dan derajat nyeri dari 1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat.

e. *time (T)*

Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri, Perawat dapat menanyakan sejak kapan dan sudah berapa lama merasakan nyeri.

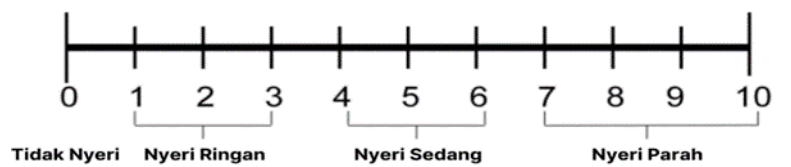
2.4.4 Pengukuran Skala Nyeri

a) *Numeric Rating Scale*

Menggantikan deskriptor kata, pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. NRS yang diturunkan dari VAS sangat membantu untuk pasien yang menjalani operasi,

setelah anestesi pertama, dan sekarang sering digunakan untuk pasien yang menderita nyeri di unit setelah operasi (Hawker *et al.*, 2019).

Gambar 2.1 : Numeric Rating Scale (NRS)



Sumber : (Hawker *et al.*, 2019)

Penilaian nyeri yang dirasakan pasien yaitu:

0. Tidak ada rasa sakit, Merasa normal
1. Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) - Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu pasien tidak pernah berpikir tentang rasa sakit
2. (tidak menyenangkan) = nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit
3. (bisa ditoleransi) = nyeri sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntukan oleh dokter
4. (menyedihkan) = kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah
5. (sangat menyedihkan) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
6. (intens) = kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya Sebagian memengaruhi Sebagian indra pasien, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu

(sangat intens) = koma seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra pasien menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri

7. (benar-benar mengerikan) = nyeri begitu kuat sehingga pasien tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
8. (menyiksa tak tertahankan) = nyeri begitu kuat sehingga pasien tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya.
9. (sakit tak terbayangkan dan tak dapat diungkapkan) = nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini. Karena sudah keburu pingsan seperti mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan yang bertujuan mengumpulkan data kondisi kesehatan pasien secara sistematis melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi. Data yang diperoleh berupa data subjektif dan objektif yang menjadi dasar dalam menentukan diagnosis, merencanakan intervensi, melakukan tindakan, dan mengevaluasi asuhan

keperawatan. Pada lansia dengan hipertensi, pengkajian dilakukan secara menyeluruh meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan lingkungan agar masalah kesehatan dapat teridentifikasi secara tepat sesuai kebutuhan pasien (Annisa et al., 2024).

1. 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 di kaji pada penyakit hipertensi adalah usia karena penyakit hipertensi sering terjadi pada lansia dengan usia diatas 50 tahun.

2. Riwayat Kesehatan

Status kesehatan saat ini : keluhan terlazim yang dirasakan lansiadengan 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 (2008) dalam (Annisa et al., 2024) jika lansia mengatakan nyeri, dapat dikaji dengan pengkajian PQRST sebagai berikut:

- a) *Provoking* (pemicu) yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri hipertens iyaitu kelelahan / kecapekan
- b) *Quality* (kualitas) kualitas nyeri hipertensi berupa nyeri tajam /nyeri tertusuk-tusuk
- c) *Region* (daerah) daerah nyeri karena hipertensi terdapat pada kepala bagian belakang, leher dan pundak.

- d) *Severity* (skala) skala nyeri hipertensi tergantung pada pasien menunjuk skala nyeri.
 - e) *Time* (waktu) seberapa lama nyeri berlangsung, nyeri hipertensi berupa nyeri hilang timbul dan kadang-kadang menetap
- a. Masalah kesehatan kronis:
- Lansia diajarkan dan diminta untuk mengisi format pengkajian masalah kesehatan kronis untuk mengetahui riwayat kesehatan kronis pasien. Instrumen yang digunakan yaitu pengkajian masalah kesehatan kronis.
- b. Riwayat kesehatan masa lalu
- Riwayat penyakit dahulu meliputi riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal, hiperlipidemia, alergi, riwayat rawat inap, tindakan operasi, serta penggunaan obat-obatan yang sedang maupun pernah dikonsumsi. Pengkajian ini bertujuan mengidentifikasi penyakit penyerta yang dapat memperburuk kondisi hipertensi maupun memengaruhi perencanaan asuhan keperawatan (Annisa et al., 2024).
- c. Riwayat Kesehatan Keluarga
- Riwayat penyakit keluarga dikaji untuk mengetahui adanya anggota keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, stroke, maupun penyakit kronis lainnya. Faktor genetik dan riwayat keluarga diketahui berperan dalam meningkatkan risiko seseorang mengalami hipertensi sehingga informasi tersebut penting sebagai dasar penentuan faktor risiko pasien (Annisa et al., 2024).

3. Status Fisiologis

a. Pola Kesehatan Sehari-hari

1) Nutrisi

Pengkajian pola nutrisi bertujuan mengidentifikasi kebiasaan makan pasien meliputi jenis, frekuensi, jumlah asupan, nafsu makan, pantangan, dan perubahan berat badan. Pada lansia dengan hipertensi, pengkajian difokuskan pada konsumsi makanan tinggi natrium, lemak jenuh, dan kolesterol serta kepatuhan terhadap pola makan sehat seperti DASH yang berperan dalam membantu mengontrol tekanan darah melalui peningkatan konsumsi buah, sayur, dan pembatasan garam

2) Eliminasi

Mengkaji frekuensi, konsistensi, kebiasaan dan keluhan pasien saat buang air besar dan buang air kecil.

3) Istirahat/tidur

Pasien hipertensi sering mengalami kesukaran untuk istirahat karenanyeri kepala.

4) Aktivitas Sehari-hari

Pasien dengan hipertensi mengalami kesukaran untuk beraktivitas karena mudah lelah saat melakukan aktivitas dan nyeri kepala dapat mengganggu aktivitas. Mengkaji kemandirian dan keseimbangan lansia dalam beraktifitas dengan menggunakan instrumen format index katz, indeks barthel dan format keseimbangan lansia.

5) Personal Hygiene

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

6) Reproduksi dan seksual

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

b. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda Vital dan Status Gizi

Keadaan umum: keadaan umum pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala umumnya lemah. Kesadaran: kesadaran klien Composmentis, Apatis sampai Somnolen. TTV: suhu normal ($36-37^{\circ}\text{C}$), nadi meningkat pada arteri korotis, jugularis, dan pulsasi radialis ($>80\text{x}/\text{menit}$), tekanan darah meningkat ($>140/90\text{ mmHg}$) dan pernafasan meningkat $>20\text{x}/\text{menit}$.

2) Sistem respirasi

Inspeksi: bila melibatkan sistem pernafasan, umumnya ditemukan kesimetrisan rongga dada, klien tidak sesak napas, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan. Palpasi: fremitus antara kanan dan kiri seimbang.

Perkusi: suara resonan pada seluruh lapang paru.

Auskultasi: suara napas hilang atau melemah pada sisi yang sakit biasanya didapatkan suara ronki dan mengi.

3) Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung cepat, tekanan darah meningkat, pengisian kapiler kurang

dari 1 detik, sering ditemukan keringat dingin dan pusing karena nyeri.

Suara S1 dan S2 tunggal, kulit pucat, sianosis.

3) Sistem Neurosensori

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

4) Sistem Pencernaan

Gejala: ketidakmampuan dalam mengkonsumsi makanan atau cairan yang tidak adekuat karena mual, muntah, anoreksia, dan kesulitan untuk mengunyah makanan. Tanda: penurunan berat badan, membran mukosa tidak lembab.

5) Sistem Metabolisme - integumen

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

6) Sistem Muskuloskeletal

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

7) Sistem genitourinaria

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

c. Status Kognitif

Status kognitif merupakan salah satu aspek penting yang perlu dikaji pada lansia karena berkaitan dengan kemampuan individu dalam menerima, mengolah, menyimpan, dan mengingat informasi, serta mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-hari. Penurunan tersebut dapat ditandai dengan gangguan daya ingat, penurunan konsentrasi, disorientasi terhadap waktu, tempat maupun orang, serta kesulitan dalam menyelesaikan aktivitas sehari-hari. Penilaian fungsi kognitif pada lansia dapat menggunakan instrumen *Mini Mental State Examination (MMSE)* atau *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)* yang telah banyak digunakan dalam praktik keperawatan gerontik (Suwanti, Amalia, 2023).

d. Status Psikososial dan Spiritual

1) Psikologis

Status fisiologis merupakan pengkajian terhadap fungsi biologis tubuh yang bertujuan untuk mengetahui kemampuan lansia dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari. Pada lansia dengan hipertensi, pengkajian status fisiologis sangat penting untuk mengidentifikasi perubahan fungsi organ akibat proses penuaan maupun komplikasi hipertensi, sehingga dapat menjadi dasar dalam penyusunan asuhan keperawatan yang tepat (PPNI, 2017; Kementerian Kesehatan RI, 2024).

2) Sosial

Pengkajian status sosial dilakukan untuk mengetahui kondisi hubungan sosial lansia dengan keluarga maupun lingkungan sekitar. Pengkajian sosial

lansia dengan keluarga maupun lingkungan sekitar. Pengkajian meliputi kondisi tempat tinggal, peran dalam keluarga, hubungan interpersonal, aktivitas sosial, dukungan keluarga, serta sumber bantuan yang dimiliki selama menjalani pengobatan (Yan & Fitriana, 2023).

3) Spiritual

Status spiritual merupakan aspek yang berkaitan dengan keyakinan, nilai, dan makna hidup yang dimiliki seseorang. Pengkajian spiritual dilakukan untuk mengetahui agama atau kepercayaan yang dianut pasien, kebiasaan menjalankan ibadah, keyakinan terhadap proses penyembuhan, serta kebutuhan spiritual selama menjalani perawatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

e. Pengkajian Status Fungsional (KATZ Indeks)

Tabel 2.2 Pengkajian Status Fungsional (KATZ Indeks)

KATZ INDEKS	
SKOR	KRITERIA
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian, mandi
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari hari, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari hari, kecuali mandi, dan satu lagi fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari hari, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan

F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut

f. Pengkajian Status Sosial

Status sosial lansia dapat diukur menggunakan APGAR Keluarga. Penilaian : jika pertanyaan yang dijawab selalu (poin 2), kadang-kadang (poin 1) , hampir tidak pernah (poin 0).

g. Pengkajian Status Kognitif dan Afektif

Tabel 2.3 Pengkajian Status Kognitif SPSMSQ

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 nama presiden Republik Indonesia sekarang?		
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1?		
Jumlah			

Penilaian SPMSQ

1. Kesalahan 0-2 : Fungsi Intelektual Utuh
2. Kesalahan 3-4 : Fungsi Intelektual Ringan
3. Kesalahan 5-7 : Fungsi Intelektual Sedang
4. Kesalahan 8-10 : Fungsi Intelektual Berat

h. Mini Mental State Exam (MMSE)

Tabel 2.4 Pengkajian Mini Mental Exam (MMSE)

No	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Musim apa sekarang ?		
	3. Tanggal berapa sekarang ?		
	4. Hari apa sekarang ?		
	5. Bulan apa sekarang ?		
	6. Dinegara mana anda tinggal ?		
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?		
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?		
	10. Di desa mana anda tinggal ?		
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11.		
	12.		
	13.		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K		

	15. A		
	16. P		
	17. A		
	18. B		
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek		
	Diatas		
	19.....		
	20.....		
	21.....		
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan		
	23. Pensil		
	b. Pengulangan		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “		
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas !		
	26. Lipat dua !		
	27. Taruh dilantai !		
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata		
	29. Tulis satu kalimat		
	30. Salin gambar		
	JUMLAH		

Analisi hasil :

Nilai 30 : Normal
 Nilai >27 : Aspek fungsional baik
 Nilai 18-22 : Aspek fungsional mental sedang
 Nilai <21 : Aspek fungsional mental berat

Tabel 2.5 Pengkajian *Geriatric Depression Scale* (Skala Depresi Lansia)

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

Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor “1 “ (satu) :
 Skor 5-9 : kemungkinan depresi
 Skor 10 > : depresi
 Kesimpulan :

2.5.2 Analisis Data

Analisis data merupakan proses mengelompokkan, menginterpretasikan, dan menghubungkan data subjektif serta data objektif yang diperoleh dari hasil pengkajian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan merumuskan diagnosis keperawatan sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2017). Analisis data dilakukan dengan membandingkan data yang diperoleh dengan konsep teori, nilai normal, serta kondisi klinis pasien sehingga dapat ditentukan masalah keperawatan yang menjadi prioritas.

Data subjektif diperoleh dari hasil wawancara mengenai keluhan yang dirasakan klien, seperti nyeri kepala, pusing, dan tengkuk terasa pegal. Data objektif diperoleh melalui observasi, pemeriksaan fisik, pengukuran tanda-tanda vital, serta pengkajian nyeri menggunakan metode PQRST. Seluruh data yang terkumpul kemudian dianalisis sebagai dasar dalam penetapan diagnosis keperawatan dan penyusunan intervensi yang sesuai.

2.5.3 Diagnosis Keperawatan

1. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0011)

Faktor Risiko :

1. Perubahan afterload
2. Perubahan frekuensi jantung

3. Perubahan irama jantung
4. Perubahan kontraktilitas
2. Risiko Perfusi Serebral tidak efektif dibuktikan dengan factor risiko hipertensi (D. 0017)

Faktor Risiko :

1. Penurunan kinerja ventrikel kiri
2. Aterosklerosis aorta
3. Diseksi arteri
4. Fibrilasi atrium
5. Tumor otak
6. Miksoma atrium
7. Koagulapati
8. Embolisme
9. Cedera Kepala
10. Hipertensi
11. Neoplasma otak
12. Infark Miokard akut
13. Efek samping tindakan (mis.tindakan operasi bypass)
3. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia (D.0077)

Data Mayor :

Ds :

1. Mengeluh nyeri

Do :

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisan
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Data Minor :

Ds : (Tidak tersedia)

Do :

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

4. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium (D.0022)

Data Mayor :

Ds :

1. Ortopnea
2. Dispnea
3. Paroxymal nocturnal dyspnea (PND)

Do :

1. Edema anasarka dan/atau edema perifer
2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat
3. Jugular venous pressure (JVP) meningkat

4. Refleks hepatojugular positif

Data Minor :

Ds : (tidak tersedia)

Do :

1. Distensi vena jugularis
2. Terdengar suara napas tambahan
3. Hepatomegali
4. Kadar Hb/Ht turun
5. Oliguria
6. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif)
7. Kongesti paru

5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055)

Data Mayor :

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: (Tidak tersedia)

Data Minor :

Ds :

1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Do : (Tidak tersedia)

6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)

Data Mayor :

Ds :

1. Mengeluh lelah

Do :

1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Data Minor :

Ds:

1. Dyspnea saat / setelah aktivitas
2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
3. Merasa lemah

Do :

1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia
4. Sianosis

7. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri (D.0111)

Data Mayor :

Ds :

1. Menanyakan masalah yang dihadapi

Do :

1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Data Minor :

Ds: (Tidak tersedia)

Do:

1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)

8. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080).

Data Mayor :

Ds :

1. Merasa bingung
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
3. Sulit berkonsentrasi

Do :

1. Tampak gelisah
2. Tampak tegang
3. Sulit tidur

Data Minor :

Ds :

1. Mengeluh pusing
2. Anoreksia
3. Palpitasi
4. Merasa tidak berdaya

Do :

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
9. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi masalah (D.0117)

Data Mayor :

Ds : (tidak tersedia)

Do :

1. Kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan
2. Kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat.
3. Tidak mampu menjalankan perilaku sehat.

Data Minor :

Ds : (tidak tersedia).

Do :

1. Memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang.
2. Kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat.

2.5.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload (D.0011) Faktor Risiko : 1. Perubahan afterload 2. Perubahan frekuensi jantung 3. Perubahan irama jantung 4. Perubahan kontraktilitas 5. Perubahan preload	Setelah dilakuakn Tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat (L.02008) dengan krtiteria 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 11. Oliguria menurun 12. Pucat/sianosis menurun 13. Paroxysmal noctural dyspnea (PND) menurun 14. Ortopne menurun 15. Batuk menurun 16. Suara jantung S3 menurun 17. Suara jantung s4 menurun 18. Tekanan darah membaik 19. Pengisian kapiler membaik 20. Berat badan membaik	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi : - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) - Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) - Monitor intake dan output cairan - Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama - Monitor saturasi oksigen - Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) - Monitor EKG 12 sadapan - Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) - Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) - Monitor fungsi alat pacu jantung - Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas - Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik : - Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman

			- Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) - Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi - Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat - Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu - Berikan dukungan emosional dan spiritual - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% Edukasi : - Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi - Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap - Anjurkan berhenti merokok - Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian - Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu Rujuk ke program rehabilitasi jantung
2.	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017) Faktor risiko : 1. Hipertensi	Perfusi Serebral (L.02014) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun	Pemantauan Tanda Vital (I.02060) Observasi : - Monitor tekanan darah - Monitor Nadi (frekuensi, kekuatan, irama) - Monitor Pernapasan (frekuensi, kedalaman) - Monitor suhu tubuh - Monitor oksimetri nadi - Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) - Identifikasi penyebab perubahan tanda vital

		3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (MAP) membaik 5. Tekanan intra kranial membaik	Terapeutik : - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi : - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3.	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral (D.0077) Data Mayor : 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 Data Minor : Ds : (Tidak tersedia) Do : 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	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066). 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 - Identifikasi lokasi, - karakteristik, durasi, - frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitas istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk

			mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055) Data Mayor : 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: (Tidak tersedia) Data Minor : Ds : 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Do : (Tidak tersedia)	Tindakan keperawatan diharapkan toleransi pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi : - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik : - Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi : - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM - Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) - Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

5.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056) Data Mayor : Ds : 1. Mengeluh lelah Do : 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Data Minor : Ds: 1. Dispnea saat / setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Do : 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat (L.05047) dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat. 2. Saturasi oksigen meningkat. 3. Keluhan Lemah/lelah meningkat. 4. Dispnea saat aktivitas menurun. 5. Dispnea setelah aktivitas menurun. 6. Tekanan darah membaik. 7. Frekuensi napas membaik. 8. EKG Iskemia membaik	Manajemen Energi (L.05178) Observasi : - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. - Monitor kelelahan fisik dan emosional. - Monitor pola dan jam tidur. - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : - Sediakan lingkungannya dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan). - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/ atau aktif. - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan. - Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Edukasi : - Anjurkan tirah baring. - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. - Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. Kolaborasi : - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
6.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri (D.0111) Data Mayor : Ds : 1. Menanyakan masalah yang dihadapi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.....x pertemuan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. verbalisasi minat dalam	Edukasi Kesehatan (L.12383) Observasi : - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik :

	Do : 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Data Minor : Ds: (Tidak tersedia) Do: 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)	belajar meningkat 3. kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 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 kesehatan menurun	- Sediakan materi pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
7.	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080). Data Mayor : Ds : 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi Do : 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur Data Minor : Ds : 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax pertemuan diharapkan 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	Reduksi Ansietas Observasi : - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis : kondisi, waktu, stresor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik : - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa

	Do : 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		yang akan datang Edukaasi : - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuatu kebutuhan - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih teknik relaksasi Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu
8.	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidak mampuan mengatasi masalah (D.0117) Data Mayor : Ds : (tidak tersedia) Do : 1. Kurang menunjukan perilaku adaftif terhadap perubahan lingkungan 2. Kurang menunjukan pemahaman tentang perilaku sehat.	Setelah dilakukan tindakan selamax pertemuan diharapkan Pemeliharaan Kesehatan meningkat dengan kriteria hasil : (L.12106) - Menunjukkan perilaku adaptif meningkat - Menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat - Kemampuan menjalankan perilaku sehat meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi : - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik : - Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan - Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi :

	3. Tidak mampu menjalankan perilaku sehat. Data Minor : Ds : (tidak tersedia). Do : 1. Memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang. 2. Kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat. 3. Tidak memiliki sistem pendukung (support system).		- Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	---	--	---

2.5.5 Implementasi Keperawatan

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

2.5.6 Evaluasi Keperawatan

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

1. Evaluasi formatif

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

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang berorientasi pada masalah keperawatan,

menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan, meliputi Subjek, Objek, Assesment, Planning (SOAP) atau Subjek, Objek, Assesment, Planning, Intervensi, Evaluasi-Revisi (SOAPIE-R) (Andika *et al.*, 2023).

2.5.7 Pengertian *Evidence Based Practice (EBP)*

Evidence Based Practice (EBP) merupakan suatu pendekatan dalam praktik pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan bukti ilmiah terbaik, keahlian klinis tenaga kesehatan, serta nilai dan preferensi pasien dalam pengambilan keputusan klinis. Penerapan EBP bertujuan untuk memastikan bahwa setiap tindakan yang diberikan kepada pasien didasarkan pada hasil penelitian yang valid sehingga pelayanan kesehatan menjadi lebih efektif, aman, dan berkualitas (Melnyk, Bernadette Mazurek; Fineout-Overholt, 2023).

2.5.8 Tujuan *Evidence Based Practice (EBP)*

Tujuan utama *Evidence Based Practice* adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui penerapan intervensi yang telah terbukti efektif berdasarkan hasil penelitian. Selain itu, EBP bertujuan meningkatkan keselamatan pasien, memperbaiki luaran klinis, mengurangi variasi praktik yang tidak didukung bukti ilmiah, serta meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan (Melnyk, Bernadette Mazurek; Fineout-Overholt, 2023).

2.5.9 Langkah-langkah *Evidence Based Practice (EBP)*

Penerapan *Evidence Based Practice* dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu: (1) menumbuhkan semangat untuk mencari bukti ilmiah (*spirit of inquiry*), (2) merumuskan pertanyaan klinis menggunakan format PICOT, (3) mencari bukti ilmiah terbaik, (4) melakukan telaah kritis terhadap bukti yang diperoleh, (5) mengintegrasikan bukti dengan keahlian klinis serta preferensi pasien, (6) mengevaluasi hasil penerapan intervensi, dan (7) menyebarluaskan hasil penerapan EBP sebagai bagian dari pengembangan mutu pelayanan kesehatan (Melnik, Bernadette Mazurek; Fineout-Overholt, 2023).

2.6 Konsep Terapi Relaksasi Genggam Jari

2.6.1 Definisi Terapi Relaksasi Genggam Jari

Terapi relaksasi genggam jari merupakan salah satu bentuk terapi komplementer nonfarmakologis yang memanfaatkan teknik menggenggam setiap jari tangan secara bergantian dengan tekanan ringan dalam keadaan rileks. Terapi ini bertujuan untuk memberikan efek relaksasi melalui stimulasi titik-titik refleksi pada jari yang berhubungan dengan sistem saraf dan respons emosional tubuh. Stimulasi tersebut membantu menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga tubuh menjadi lebih rileks (intensitas persepsi menurun), denyut jantung melambat, dan tekanan darah dapat menurun. Oleh karena itu, terapi relaksasi genggam jari banyak digunakan sebagai terapi pendamping pada pasien hipertensi selain terapi farmakologis karena mudah dilakukan, aman, tidak memerlukan alat khusus, serta dapat dilakukan secara mandiri di rumah (Rafika Nur Siregar, 2024).

Terapi relaksasi genggam jari merupakan pengembangan dari teknik relaksasi *Jin Shin Jyutsu* yang meyakini bahwa setiap jari memiliki hubungan dengan keseimbangan energi tubuh dan kondisi emosional seseorang. Dalam praktik keperawatan modern, teknik ini lebih banyak dijelaskan melalui pendekatan fisiologis, yaitu pemberian stimulus sentuhan yang nyaman dapat membantu tubuh mencapai kondisi relaksasi melalui pengaturan sistem saraf otonom (Rafika Nur Siregar, 2024)

Terapi relaksasi genggam jari yang dikombinasikan dengan teknik napas dalam dapat membantu mengurangi intensitas nyeri melalui peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis dan penurunan aktivitas sistem saraf simpatis. Kondisi tersebut menyebabkan penurunan pelepasan katekolamin, berkurangnya ketegangan otot, serta terciptanya efek relaksasi sehingga persepsi terhadap nyeri menurun dan kenyamanan pasien meningkat. (Windatrirossal et al., 2025).

2.6.2 Indikasi Terapi Relaksasi Genggam Jari

Terapi relaksasi genggam jari dapat digunakan sebagai terapi pendamping pada pasien hipertensi, terutama yang masih dapat dikontrol dengan pendekatan nonfarmakologis. Terapi ini juga bermanfaat pada individu dengan stres, kecemasan, gangguan tidur, ketegangan emosional, dan nyeri ringan hingga sedang. Pada lansia, terapi ini mudah diterapkan karena tidak membutuhkan alat khusus, aman, serta dapat dilakukan secara mandiri maupun dengan bantuan keluarga. Penerapan secara rutin dapat membantu meningkatkan relaksasi, menurunkan aktivitas saraf simpatis, dan mendukung pengendalian tekanan darah dalam asuhan keperawatan (Rafika Nur Siregar, 2024).

2.6.3 Kontraindikasi Terapi Relaksasi Genggam Jari

Terapi relaksasi genggam jari merupakan terapi yang aman, namun perlu memperhatikan kondisi pasien. Terapi ini tidak dianjurkan pada pasien dengan cedera tangan, fraktur, luka terbuka, infeksi, luka bakar, nyeri berat pada jari, serta pasien dengan gangguan kesadaran atau tidak mampu mengikuti instruksi. Sebelum tindakan, perawat perlu melakukan pengkajian untuk memastikan terapi dapat dilakukan secara aman dan efektif. (Rafika Nur Siregar, 2024).

2.6.4 Tujuan Terapi Relaksasi Genggam Jari

Terapi relaksasi genggam jari bertujuan memberikan efek relaksasi melalui stimulasi sentuhan pada jari yang dapat membantu mengurangi ketegangan fisik dan emosional. Pada pasien hipertensi dengan keluhan nyeri, terapi ini bekerja dengan meningkatkan aktivitas parasimpatis dan menurunkan aktivitas simpatis sehingga respons stres berkurang, tubuh menjadi lebih rileks, serta membantu menurunkan persepsi intensitas nyeri. Selain itu, terapi ini juga dapat mendukung pengendalian tekanan darah dan menjadi alternatif terapi nonfarmakologis yang sederhana serta mudah diterapkan pada lansia. (Windatrirossal *et al.*, 2025).

2.6.5 Efektivitas Terapi Relaksasi Genggam Jari

Terapi relaksasi genggam jari bekerja melalui mekanisme stimulasi sensorik yang diterima oleh reseptor saraf pada tangan. Rangsangan berupa sentuhan dan tekanan ringan saat menggenggam jari akan diteruskan melalui sistem saraf menuju otak, kemudian diproses sebagai stimulus relaksasi. Respons tersebut dapat

meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis dan menurunkan dominasi sistem saraf simpatis (Handayani *et al.*, 2022).

Penurunan aktivitas saraf simpatis menyebabkan berkurangnya pelepasan hormon stres seperti adrenalin dan noradrenalin yang berperan dalam peningkatan tekanan darah. Berkurangnya hormon tersebut menyebabkan penurunan kontraksi pembuluh darah, penurunan kerja jantung dalam memompa darah, serta penurunan tekanan vaskuler perifer. Dengan demikian, kondisi relaksasi yang dihasilkan melalui terapi genggam jari dapat membantu menurunkan persepsi intensitas nyeri dan secara tidak langsung menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi (Handayani *et al.*, 2022).

Selain itu, terapi ini juga memberikan efek psikologis berupa peningkatan rasa nyaman dan ketenangan sehingga pasien lebih mampu mengendalikan stres yang menjadi salah satu faktor pemicu peningkatan tekanan darah. Penelitian menunjukkan bahwa penerapan terapi relaksasi genggam jari secara rutin pada pasien hipertensi dapat memberikan perubahan tekanan darah ke arah yang lebih baik setelah dilakukan beberapa kali intervensi (Windatrirossal *et al.*, 2025).

2.6.6 Standar Operasional Prosedur (SOP) Terapi Relaksasi Genggam Jari

Tabel 2. 7 SOP Teknik Relaksasi Genggam Jari (*Finger Hold*)

Pengertian	Teknik relaksasi genggam jari merupakan intervensi non-farmakologis dalam manajemen nyeri, teknik ini dapat dilakukan oleh siapa saja, dan dimana saja. Teknik relaksasi ini adalah kombinasi dari relaksasi nafas dalam dan genggam jari. Sensasi yang dirasakan ini memberikan rasa kenyamanan, menghilangkan rasa stress pada fisik dan peningkatan toleransi terhadap rasa sakit.
Manfaat	Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri serta kondisi klien dalam emosional.
Tujuan	1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas. 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam. 3. Memberikan sensasi rasa nyaman pada tubuh 4. Menenangkan pikiran dan mengendalikan emosi.
Indikasi	Pasien yang mengalami hipertensi dengan stress, kecemasan, dan nyeri kepala
Kontra Indikasi	Tidak menerapkan pada pasien luka di daerah telapak tangan.
Fase Pra-interaksi	1. Persiapkan alat (lembar wawancara, lembar observasi pre dan post test). 2. Persiapkan lingkungan yang nyaman dan tenang.
Prosedur	1. Tahap Orientasi 1) Memberikansalam dan memperkenalkan diri 2) Menjelaskan tujuan dan manfaat 3) Menjelaskan prosedur pelaksanaan 4) Memberikan kesempatan klien untuk bertanya 5) Menanyakan persetujuan klien 6) Menjaga privasi klien 2. Tahap Kerja 1) Posisikan pasien berbaring lurus ditempat tidur atau posisikan pasien duduk dengan nyaman. 2) Pasien menunjukkan angka nyeri yang dirasakan sekarang 3) Relaksasi dimulai dengan menggenggam jari dengan lembut pada bagian ibu jari, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut. 4) Tutup mata, fokus, tarik nafas perlahan dari hidung. Hembuskan

	perlahan dengan mulut. 5) Genggam ibu jari selama kurang lebih 1-2 menit sembari tarik nafas perlahan dari hidung, lalu hembuskan perlahan melalui mulut dan dilakukan satu persatu dengan rentang waktu yang sama.
Terminasi	1) Berikan reinforcement positif atas keberhasilan pasien melakukan teknik relaksasi genggam jari 2) Melakukan evaluasi tindakan lalu catat dan dokumentasikan hasil dari observasi yang telah dilakukan

Sumber : (NR Ekawati, AN Wulandari, 2022)

2.6.7 Hasil Analisis Jurnal

Tabel 2.8 Hasil Analisis Jurnal

NO	Penulis dan tahun publikasi	Judul	Metode (Desain, Szmpel, Analisis)	Hasil
1.	Trisna & Yantiana (2025)	Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Perubahan Nyeri Kepala Pasien Hipertensi Emergensi	Penelitian menggunakan metode studi kasus pada pasien hipertensi emergensi dengan masalah keperawatan nyeri akut. Instrumen pengukuran nyeri menggunakan Numeric Rating Scale (NRS). Intervensi dilakukan berupa teknik relaksasi genggam jari selama 3 hari.	Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri kepala setelah diberikan teknik relaksasi genggam jari. Skala nyeri pasien mengalami penurunan dari NRS 7 menjadi NRS 0 setelah intervensi. (Trisna & Guru, 2025).
2.	Al-Amin dkk. (2024)	Analisis Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari dan Nafas Dalam untuk Menurunkan Nyeri Akut pada Pasien Hipertensi: Studi Kasus	Penelitian menggunakan metode studi kasus pada pasien hipertensi dengan masalah nyeri akut. Intervensi berupa kombinasi relaksasi genggam jari dan napas dalam. Evaluasi dilakukan menggunakan skala nyeri pasien sebelum dan sesudah terapi.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kombinasi relaksasi genggam jari dan napas dalam efektif membantu menurunkan nyeri akut pada pasien hipertensi. Terapi memberikan efek relaksasi sehingga pasien merasa lebih nyaman dan nyeri berkurang (Zahro et al., 2022).
3.	Maria (2022)	<i>Finger Grip Relaxation as Therapeutic for Reducing Headache Scale in Hypertension Cases</i>	Penelitian menggunakan desain studi kasus deskriptif. Subjek penelitian terdiri dari 2 pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala. Intervensi yang diberikan berupa finger grip relaxation selama 8 kali kunjungan. Evaluasi dilakukan menggunakan skala nyeri dan pengukuran tekanan darah sebelum dan sesudah intervensi.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi finger grip relaxation mampu menurunkan skala nyeri kepala pada pasien hipertensi. Selain itu, terapi juga membantu menurunkan tekanan darah serta meningkatkan kenyamanan pasien (Maria, 2022).
4.	Pramestirini et al. (2023)	Pengaruh Kombinasi Terapi <i>Finger Hold</i> dengan Terapi <i>Visualisasi Imagery</i> terhadap Penurunan Intensitas Nyeri	Penelitian menggunakan desain kuasi eksperimen untuk mengetahui pengaruh kombinasi terapi <i>finger hold</i> dan visualisasi imagery terhadap intensitas nyeri kepala pada pasien hipertensi.	Hasil penelitian menunjukkan terapi <i>finger hold</i> yang dikombinasikan dengan visualisasi imagery berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri

		Kepala pada Pasien Hipertensi	Pengukuran nyeri dilakukan sebelum dan sesudah intervensi.	kepala pada pasien hipertensi (Pramestirini et al., 2023).
5.	Utari et al. (2024)	Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Penurunan Tingkat Nyeri	Penelitian menggunakan desain eksperimen dengan kelompok intervensi dan kontrol. Sampel berjumlah 60 responden. Tingkat nyeri diukur menggunakan lembar observasi dan dianalisis menggunakan uji statistik.	Hasil menunjukkan teknik relaksasi genggam jari berpengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri, dengan perbedaan bermakna antara kelompok yang diberikan terapi dan kelompok control (Utari et al., 2024).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Tujuan Kasus

3.1.1 Pengkajian

A. Identitas

1. Nama : Ny. I
2. Tempat/tanggal lahir : Garut, 5 Mei 1962
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Status perkawinan : Cerai Mati
5. Agama : Islam
6. Suku : Sunda

B. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri kepala dan lemas

2. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Mei 2026 pukul 09.00 WIB, klien mengatakan pusing dan nyeri kepala terutama bagian tengkuk, nyeri bertambah jika melakukan aktivitas dan berkurang jika beristirahat, nyeri dirasakan seperti ditimpa beban berat, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul sejak 2 bulan lalu semenjak berhenti pengobatan sehingga pola tidur terganggu, dan terkadang klien mengonsumsi makanan tinggi garam.

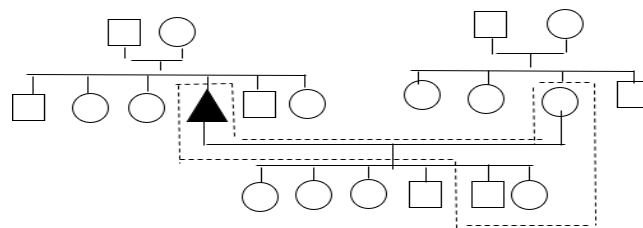
3. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sudah sekitar 10 tahun lalu.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan orangtuanya (ibunya) mempunyai penyakit hipertensi namun pada anggota keluarga yang lain tidak ada yang mempunyai riwayat hipertensi dan penyakit lainnya.

Genogram :



Keterangan :

- : Laki – Laki
- : Perempuan
- : Suami
- : Istri
- ▲ : Klien / Pasien
- : Tinggal Serumah
- ┌──┐ : Garis Perkawinan
- └──┘ : Garis Keturunan

C. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi, musim, makanan ataupun obat-obatan.

D. Riwayat pengobatan (RS/Klinik/PKM/dll)

Klien mengatakan terakhir berobat 2 bulan lalu ke puskesmas karena sakit kepala dan tekanan darahnya tinggi.

E. Riwayat pemakaian obat farmakologis/tradisional

Klien mengatakan pernah mengkonsumsi obat hipertensi (amlodipine) 2 bulan lalu dan sekarang klien tidak mengkonsumsi obat hipertensi

F. Riwayat pekerjaan dan stastus ekonomi

1. Pekerjaan saat ini : Klien tidak bekerja
2. Pekerjaan sebelumnya : IRT(Ibu Rumah Tangga)
3. Sumber pendapatan : Pemberian dari anaknya
4. Kecukupan pendapatan : Cukup

G. Lingkungan tempat tinggal

1. Kebersihan dan kerapihan ruangan : Bersih dan Rapih
2. Penerangan : Baik
3. Sirkulasi udara : Baik
4. Keadaan kamar mandi dan WC : Baik, terawat, tidak licin
5. Pembuangan air kotor : Bersih
6. Sumber air minum : Air sumur yang dimasak dulu
7. Pembuangan sampah : Pembuangan sampah dikelola oleh petugas
8. Sumber pencemaran : Tidak ada
9. Risiko injury : Tidak ada

H. Pola kesehatan Fungsional (Gordon)

1. Pemeliharaan Kesehatan

(Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan)

Hasil Kajian :

Pasien mengatakan apabila sakit selalu berobat ke dokter, mantri, puskesmas, ataupun membeli obat di apotik

a. Nutrisi metabolik

$$IMT = \frac{BB}{TB \times TB (M)} = \frac{60}{1,55 \times 1,55} = \frac{60}{2,4025} = 24,97$$

Status	Kategori	Batas ambang
Kurus	Kekurangan BB tingkat berat Kekurangan BB tingkat ringan	<17,00 17,00 s.d 18,50
Normal	Ideal	>18,50 s.d 25,0
Kegemukan	Kelebihan BB tingkat ringan (Overweight) Kelebihan BB tingkat berat (Obesitas)	>25,00 s.d 27,00 >27,00

Kebutuhan Kalori

Keb. EMB (AMB)	1 Kal X BB Klien X 24 Jam	= A kalori
AMB + Aktivitas Fisik	AMB (Tabel) X A Kalori	= B kalori
Kalori perharinya yaitu		

Aktivitas Metabolisme Basal (AMB)

Aktivitas	Laki-laki	Perempuan	Hasil
Sangat ringan	1,30	1,30	
Ringan	1,65	1,55	
Sedang	1,76	1,70	
Berat	2,10	2,00	

hitung kalori pasien :

b. Kebutuhan kalori saat sehat :

$$\text{Keb. EMB} : 1 \text{ Kal} \times 60 \times 24 = 1,440$$

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas Fisik} : 1,70 \times 1440 = 2,448 \text{ Kalori/hari}$$

c. Kebutuhan kalori saat sakit :

$$\text{Keb. EMB} : 1 \text{ Kal} \times 60 \times 24 = 1,440$$

$$\text{AMB} + \text{Aktivitas Fisik} : 1,55 \times 1440 = 2,232 \text{ Kalori/hari}$$

Kebutuhan cairan dewasa

Rumus Kebutuhan Cairan

- 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

$$\text{Hasil kebutuhan cairan BB} = 60$$

- BB 10 kg pertama = 1 ltr/hari cairan = 1000 ml
- BB 10 kg kedua = 0,5 ltr/hari = 500 ml
- BB >10 kg = 20 ml x sisa BB 40 kg = 800 ml

$$\text{Kebutuhan sisa cairan pasien} : 1000 + 500 + 800 = 2.300 \text{ ml} / 2,3 \text{ ltr/hari}$$

Tabel 3.1 Nutrisi dan Metabolik Ny. I

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	Pola Makan	Baik	Tidak teratur
	Jenis	Nasi putih dan lauk pauk	Nasi putih dan lauk pauk
	Porsi	1 piring	½ piring
	Frekuensi	3 kali	2 kali
	Diet Khusus	Tidak ada	Diet rendah garam
	Makanan Disukai	Sayur dan Ikan	Sayur
	Kesulitan Menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Napsu Makan	Baik	Kurang napsu makan
2	Pola Minum	Baik	Baik
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	7-8 gelas	5-6 gelas
	Jumlah	1200ml	900ml
	Pantangan	Tidak ada	-
	Minuman yang disukai	Air teh	Air teh

2. Pola Eliminasi

Tabel 3.2 Pola Eliminasi

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	BAB	Lancar	Lancar
	Frekuensi	1 kali/hari	1 kali/hari
	Warna	Kuning kecoklatan	Coklat
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada
2	BAK	Lancar	Lancar
	Frekuensi	5x/hari	4-5x/hari
	Jumlah	-	-
	Warna	Kuning jernih	Kuning tua
	Masalah	Tidak ada	Tidak ada

3. Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 3.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis	Sehat				
		0	1	2	3	4
1.	Mandi	✓				
2.	Berpakaian	✓				
3.	Eliminasi	✓				
4.	Mobilisasi ditempat tidur	✓				
5.	Berpindah	✓				
6.	Berjalan	✓				
7.	Berbelanja	✓				
8.	Memasak	✓				
9.	Naik tangga	✓				
10.	Pemeliharaan rumah / ruangan	✓				

Keterangan: 0 = Mandiri

1 = Alat bantu

2 = Dibantu orang lain

3 = Dibantu orang lain – alat

Hasil pemeriksaan : Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan bahwa klien

masuk dalam kategori mandiri

No	Jenis	Sehari – hari
1.	Mandi	Frekuensi : 2x/hari Jenis : memakai air dingin
2.	Berpakaian	2x/hari
3.	Mobilisasi Tempat Tidur	Mandiri tanpa bantuan

4. Pola Persepsi Kognitif

Klien tidak mengalami gangguan dalam berkomunikasi, klien juga tidak mengalami gangguan proses pikir, hal ini ditunjukkan dengan kemampuan klien dalam menjawab pertanyaan.

a. Berbicara :

Klien berbicara atau menjawab pertanyaan sesuai dengan pertanyaan, klien berbicara dengan tertata.

b. Bahasa :

Klien menggunakan Bahasa sunda

c. Kemampuan membaca :

Klien mampu membaca dengan baik terbukti dengan membaca name tag

d. Tingkat ansietas :

Klien tidak merasa cemas

e. Kemampuan berinteraksi :

Klien mampu berinteraksi dengan orang lain dengan baik.

5. Pola istirahat tidur

Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur

No	Jenis	Sehat	Sakit
1	Tidur Siang		
	Lama Tidur	1 jam	1 jam
2	Keluhan	Tidak ada	Mudah terbangun
	Tidur Malam		
	Lama Tidur	8 jam	5 jam
	Keluhan	Tidak ada	Sering terjaga malam

6. Pola konsep diri

- Konsep diri :

Klien menerima perubahan fisik penuaan pada dirinya(seperti rambut memutih, kulit keriput) dan menyadari bahwa dirinya menderita hipertensi

- Ideal diri :

Klien berharap tekanan darahnya bias kembali normal atau stabil serta tidurnya bisa lebih nyenyak

- Harga diri :

Klien merasa dihargai oleh keluarganya dan anak anaknya. Klien tidak merasa minder.

- Identitas diri :

Klien seorang perempuan berusia 63 tahun , berstatus nenek dan juga ibu dari keluarganya

- Peran diri :

Klien menjalankan perannya dirumah dengan baik.

7. Pola peran dan hubungan :

Klien memiliki hubungan harmonis dengan anggota keluarganya maupun lingkungan tempat tinggalnya

8. Pola reproduksi dan seksual :

Klien mengatakan sudah mengalami menopause dan tidak ada keluhan khusus terkait organ reproduksi.

9. Pola pertahanan diri atau coping :

Jika merasa pusing atau cemas karena penyakitnya, klien biasanya mengatasinya dengan beristirahat.

10. Pola keyakinan dan nilai :

Klien beragama islam, sering pergi pengajian.

11. Pemeriksaan status mental dan spiritual

a) Kondisi emosi/perasaan klien :

Klien tampak tenang, namun terkadang mengungkapkan sedikit rasa lelah

b) Kebutuhan spritual klien :

Klien membutuhkan ketenangan untuk beribadah dan berdoa

c) Masalah-masalah dalam pemenuhan kebutuhan kebutuhan spiritual :

-

I. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan : Baik

2) Tingkat kesadaran : Composmentis E=4 V=5 M=6

3) Tanda-tanda vital

a) TD : 170/100 mmHg

b) Nadi : 96x/menit

c) RR : 20x/menit

d) SPO2 : 99%

e) Suhu : 36,5° c

4) Antropometri

a) BB : 60 kg

b) TB : 155 cm

c) IMT : 24,97 (normal/ideal)

5) Pengkajian *head to toe*

a) Kepala

Inspeksi : Kepala bersih, rambut sudah banyak uban

Palpasi : Tidak ada benjolan, dan tidak sakit saat ditekan

Keluhan : Pasien sering mengeluh pusing dan nyeri kepala terutama kalau kurang tidur atau tensinya naik

b) Wajah

Inspeksi : Wajah tampak simetris, muka tampak mengantuk

Palpasi : Tidak ada bagian wajah yang sakit ditekan

Keluhan : Muka klien tampak lesu

c) Mata

Inspeksi : Konjungtiva non anemis, sklera ikterik, pupil isokor, reflex cahaya +, fungsi penglihatan sedikit menurun

Palpasi : Tidak ada peningkatan tekanan intraocular secara manual , tidak ada nyeri tekan

Keluhan : Klien mengatakan memiliki rabun jauh

d) Telinga

Inspeksi : simetris kanan kiri, bersih, tidak ada serumen berlebih, tidak ada tanda tanda peradangan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Keluhan : Tidak ada keluhan

e) Hidung

Inspeksi : simetris, tidak ada deviasi septum, tidak ada secret, tidak ada polip, tidak ada pernapasan cuping hidung.

Palpasi : Tidak ada sinus/nyeri tekan

Keluhan : Tidak ada keluhan

f) Mulut

Inspeksi : Mukosa bibir sedikit kering, gigi sudah ada yang tanggal, kebersihan mulut cukup, lidah tidak kotor, tidak ada stomatitis.

Palpasi : Tidak ada lessi atau massa di area mulut

Keluhan : Tidak ada gangguan menelan

g) Leher

Inspeksi : Tidak tampak peningkatan jvp, tidak tampak pembesaran kelenjar tiroid

Palpasi : Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening atau tiroid, nadi karotis teraba kuat, dan teratur

Keluhan : Tidak ada keluhan

h) Dada

Inspeksi : Bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada reaksi otot bantu pernapasan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada dinding dada, taktil fremitus teraba sama dan simetris di kedua lapang paru

Auskultasi :

- Paru : Suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan

- Jantung : Bunyi jantung S1 dan S2 tunggal regular tidak ada murmur

Perkusi : sonor pada seluruh lapang paru

Keluhan : Tidak ada keluhan

i) Abdomen

Inspeksi : Bentuk perut buncit normal, tidak ada lesi, tidak ada jaringan parut bekas operasi, tidak tampak pelebaran pembuluh darah (vena)

Palpasi : perut teraba lunak, tidak ada nyeri tekan pada seluruh kuadran abdomen, tidak adanya pembesaran organ

Auskultasi : Peristaltik atau bisisng usus normal 9x/menit

Perkusi : Terdengar bunyi timpani pada seluruh lapang abdomen

Keluhan : Tidak ada keluhan

j) Integumen :

Inspeksi : Kulit bersih, warna kuning langsung, turgor kulit elastis, crt < 2 detik

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada seluruh kulit

Keluhan : menurut klien kadang merasa kulit kering

k) Genetalia : menurut klien tidak memiliki riwayat penyakit kelamin, dan tidak ada keluhan

l) Ekstemitas

- Ekstremitas atas

Inspeksi : Anggota gerak lengkap dan simetris kiri kanan, tidak ada edema, tidak ada lesi. turgor kulit tampak menurun mulai kriptot.

Palpasi : Akral teraba hangat, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema

- Ekstremitas bawah

Inspeksi : Anggota gerak lengkap dan simetris kiri kanan, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada varises yang berat.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada edema

- Kekuatan otot

5	5
5	5

Keluhan : Tidak ada keluhan yang berlebihan, hanya ketika beraktivitas lebih merasa pegal pegal

J. Pengkajian Fungsional

a) APGAR Keluarga

Tabel 3.5 APGAR Keluarga

No	Items Penilaian	Selalu (2)	Kadang-Kadang (1)	Tidak Pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	2		
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah		1	

3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah	2		
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.	2		
5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon	2		
JUMLAH		9		

Analisis hasil :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai : 7-10 : Disfungsi keluarga ringan

Kesimpulan : Setelah dikaji di dapatkan skor 9 yang termasuk dalam

kategori disfungsi keluarga ringan.

b) Pengkajian Fungsi Kognitif SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questioner*)

Tabel 3.6 (*Short Portable Mental Status Questioner*) SPMSQ

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

7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ?	✓	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ?	✓	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ?	✓	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ? Jawab	✓	
JUMLAH		0	

Analisi hasil

Skore salah 0-2 : fungsi intelektual utuh

Skore salah 3-4 : fungsi intelektual ringan

Skore salah 5-7 : fungsi intelektual sedang

Skore salah 8-10 : fungsi intelektual berat

Kesimpulan : Setelah dikaji di dapatkan skor 0 yang berarti klien dalam kategori fungsi intelektual utuh

c) Pengkajian MMSE (*Mini Mental Stase Examination*)

Tabel 3.7 (*Mini Mental Stase Examination*) MMSE

No	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	✓	
	2. Musim apa sekarang ?	✓	
	3. Tanggal berapa sekarang ?	✓	
	4. Hari apa sekarang ?	✓	
	5. Bulan apa sekarang ?	✓	
	6. Dinegara mana anda tinggal ?	✓	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?	✓	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?	✓	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?	✓	
	10. Di desa mana anda tinggal ?	✓	
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga obyek		
	11. Jam tangan	✓	

	12. Pulpen	✓	
	13. Kipas	✓	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K	✓	
	15. A	✓	
	16. P		✓
	17. A		✓
	18. B		✓
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek		
	Diatas		
	19. Jam	✓	
	20. Pulpen	✓	
	21. Kipas	✓	
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan	✓	
	23. Pensil	✓	
	b. Pengulangan		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “	✓	
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas !	✓	
	26. Lipat dua !	✓	
	27. Taruh dilantai !	✓	

d. Turuti hal berikut		
28. Tutup mata	✓	
29. Tulis satu kalimat	✓	
30. Salin gambar	✓	
JUMLAH	27	

Analisi hasil : Nilai 30 : Normal

Nilai >27 : Aspek fungsional baik

Nilai 18-22 : Aspek fungsional mental sedang

Nilai <21 : Aspek fungsional mental berat

Kesimpulan : Setelah dikaji di dapatkan skor 27 yang berarti klien dalam kategori

Aspek fungsional baik

d) Pengkajian Indeks Kemandirian (*Katz Index*)

Tabel 3.8 Katz Indeks

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

4	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	✓	
5	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan	✓	
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	✓	

Nilai A :

Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, 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, kamar kecil dan satu fungsi tambahan

Nilai F :

Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

Nilai G : Ketergantungan pada ke 6 fungsi tersebut

Kesimpulan :

Klien termasuk kedalam kategori A karena semuanya masih bisa dilakukan secara mandiri tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan dari orang lain seperti makan, BAB, BAK, menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi, pasien tidak menggunakan alat bantu berjalan.

e) *Geriatric Depression Scale* (Skala Depresi Lansia)

Tabel 3.9 Skala Depresi Lansia

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

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

Skor 5-9 : kemungkinan depresi

Skor 10 > : depresi

Kesimpulan : Skor yang didapatkan dari hasil pengkajian yaitu 2 sehingga disimpulkan bahwa klien tidak depresi.

3.1.2 Analisa Data

Tabel 3.10 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : - Klien mengatakan hipertensi sudah 10 tahun lalu - Klien mengatakan nyeri kepala terasa berat terutama bagian tengkuk Do: - Tidak ditemukan gangguan neurologis - KU : Baik - GCS : E4V5M6 - Frekuensi nadi 96x/menit - TD : 170/100 - Rr : 20x/menit - S : 36,5 °C	Hipertensi ↓ Peningkatan tekanan vaskuler ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi darah ke otak ↓ Suplai oksigen ke otak menurun ↓ Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

2	Ds : - Klien mengatakan pusing dan nyeri kepala terutama bagian tengkuk - Klien mengatakan nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas berat Do : - Klien tampak meringis - Klien tampak memegang kepala - Skala nyeri 5 (1-10) - Tekanan darah 170/100 mmHg	Hipertensi ↓ Kerusakan Vaskular Pembuluh Darah ↓ Penyumbatan Pembuluh Darah ↓ Gangguan Sirkulasi ↓ Resistensi Pembuluh Darah Otak Meningkat ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologi (D.0077)
3.	Ds : - Klien mengatakan sulit tidur - Klien juga mengatakan sering terbangun dan sulit tidur kembali Do : - Klien tidur 5 jam/hari - Klien nampak lesu	Hipertensi ↓ Resistensi Pembuluh Darah Otak Meningkat ↓ Nyeri Kepala ↓ Sulit Merasa Nyaman Saat Tidur ↓ Sering Terbangun / Sulit Mulai Tidur ↓ Gangguan Pola Tidur	Gangguan Pola Tidur (D.0055)
4.	Ds : - Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun lalu - Klien mengatakan berhenti mengonsumsi obat antihipertensi sejak 2 bulan lalu karena	Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Kurang memahami mengenai penyakit ↓	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)

	merasa sehat - Klien mengatakan masih sesekali mengkonsumsi makanan asin - Klien mengatakan mengetahui bahwa penderita hipertensi sebaiknya mengurangi konsumsi garam Do : - Klien tampak tidak melanjutkan terapi antihipertensi secara rutin - Klien tampak belum menerapkan diet rendah garam secara konsisten	Ketidakpatuhan pengobatan ↓ Pemeliharaan kesehatan tidak efektif	
--	--	--	--

3.1.3 Diagnosis Keperawatan

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi (D.0017)

Ds :

- Klien mengatakan hipertensi sudah 10 tahun lalu
- Klien mengatakan nyeri kepala terasa berat terutama bagian tengkuk

Do :

- Tidak ditemukan gangguan neurologis
- KU : Baik
- GCS : E4V5M6
- Frekuensi nadi 96x/menit
- TD : 170/100
- RR : 20x/menit
- S : 36,5 °C

2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologi (peningkatan tekanan vaskuler serebral) (D.0077)

Ds :

- Klien mengatakan nyeri bagian kepala atas
- Klien mengatakan nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas berat

Do :

- Klien tampak meringis
- Klien tampak memegang kepala
- Skala nyeri 5 (1-10)
- Tekanan darah 170/100 mmHg

3. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055)

Ds :

- Klien mengatakan sering sulit tidur karena sering terbangun pada malam hari dan sulit tidur lagi

Do :

- Klien tidur 5 jam/hari
- Klien nampak lesuh

4. Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi masalah (D.0117)

Ds :

- Klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun lalu
- Klien mengatakan berhenti mengonsumsi obat antihipertensi sejak 2 bulan lalu karena merasa sehat
- Klien mengatakan masih sesekali mengonsumsi makanan asin
- Klien mengatakan mengetahui bahwa penderita hipertensi sebaiknya mengurangi konsumsi garam

Do :

- Tekanan Darah 170/100
- Klien tampak tidak melanjutkan terapi antihipertensi secara rutin
- Klien tampak belum menerapkan diet rendah garam secara konsisten

- Klien tidur 5 jam/hari
- Klien nampak lesu

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.11 Intervensi

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SLKI)
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017) Ds : 1. Klien mengatakan hipertensi sudah 10 tahun lalu 2. Klien mengatakan nyeri kepala terasa berat terutama bagian tengkuk Do : 1. Tidak ditemukan gangguan neurologis 2. KU : Baik 3. GCS : E4V5M6 4. Frekuensi nadi 96x/menit 5. TD : 170/100 6. RR : 20x/menit 7. S : 36,5 °C	Perfusi Serebral (L.02014) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (MAP) membaik 5. Tekanan intra kranial membaik	Pemantauan Tanda Vital (I.02060) Observasi : - Monitor tekanan darah - Monitor Nadi (frekuensi, kekuatan, irama) - Monitor Pernapasan (frekuensi, kedalaman) - Monitor suhu tubuh - Monitor oksimetri nadi - Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) - Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik : - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi : - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2.	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral (D.0077) Data Mayor : Ds : 1. Mengeluh nyeri Do : 1. Tampak meringis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066). 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 - Identifikasi lokasi, - karakteristik, durasi, - frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap

	2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Data Minor : Ds : (Tidak tersedia) Do : 4. Tekanan darah meningkat 5. Pola napas berubah 6. Nafsu makan berubah 7. Proses berpikir terganggu 8. Menarik diri 9. Berfokus pada diri sendiri 10. Diaforesis		respons nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitas istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055) Data Mayor: Ds: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak	Tindakan keperawatan diharapkan toleransi pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi : - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

	cukup Do: (Tidak tersedia) Data Minor: Ds : 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Do: (Tidak tersedia)		Terapeutik : - Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi : - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM - Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) - Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
4.	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidak mampuan mengatasi masalah (D.0117) Data Mayor : Ds : (tidak tersedia) Do : 1. Kurang menunjukan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan Pemeliharaan Kesehatan meningkat dengan kriteria hasil : (L.12106) 1. Menunjukkan 2. perilaku adaptif meningkat 3. Menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat 4. Kemampuan menjalankan perilaku sehat meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi : - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

	2. Kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat. 3. Tidak mampu menjalankan perilaku sehat. Data Minor : Ds : (tidak tersedia). Do : 1. Memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang. 2. Kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat. 3. Tidak memiliki sistem pendukung (support system).		Terapeutik : - Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan - Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	---	--	---

3.1.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.12 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny. I

Tanggal/Jam	No DX	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
HARI KE 1 14.05.2026 10.00 10.05 10.10 10.13 10.14 10.23	Dx 1	1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Memonitor tekanan darah 3. Memonitor Nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 4. Memonitor Pernapasan (frekuensi, kedalaman) 5. Memonitor suhu tubuh 6. Memonitor oksimetri nadi 7. Mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital 8. Mengidentifikasi kesadaran 9. Mendokumentasikan hasil pemantauan 10. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 11. Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu	1. Klien bersedia dan kooperatif saat dilakukan pengkajian 2. TD : 170/100 mmHg 3. Nadi : 96x/menit 4. Respirasi rate : 20x/menit 5. Suhu : 36,5°C 6. SPO ₂ : 99% 7. Tekanan darah masih tinggi belum ada perubahan 8. Hasil pemantauan TTV dicatat 9. Kesadaran baik , sadar penuh 10. Klien bersedia dan kooperatif saat dilakukan pemantauan 11. Klien menerima hasil pemantauan	Anita
10.25 10. 27 10.28	Dx 2	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan klien menggunakan Numeric Rating Scale (0-10). 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Memonitor tanda-tanda vital terutama tekanan darah.	1. nyeri dirasakan pada bagian kepala terutama tengkuk, nyeri seperti berdenyut dan terasa berat terutama saat melakukan aktivitas berat. 2. Klien mengatakan skala nyeri yang dirasakan yaitu 5 (0-10). 3. Klien mengatakan nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas berat dan berkurang ketika beristirahat. 4. Hasil pemeriksaan tanda vital: TD : 170/100 mmHg Nadi : 96 x/menit RR : 20 x/menit	Anita

			Suhu : 36,5°C SPO ₂ : 99%	
10.30 10.38 10.40	Dx 3	1. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur 2. Mengidentifikasi factor pengganggu tidur 3. Mengidentifikais makanan dan minuman yang mengganggu tidur	1. Klien mengatakan tidur malam sekitar 5 jam 2. Klien mengatakan sering terbangun karena nyeri kepala 3. Klien belum memiliki kebiasaan relaksasi sebelum tidur 4. Klien mengatakan tidak memakan atau minum yang dapat mengganggu tidur	Anita
10.42 10.45 10.50 10.55 11.00	Dx 4	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. mengidentifikasi factor factor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat 3. Menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan berupa leaflet 4. menjadwalkan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi, komplikasi, pengobatan dan risiko yang terjadi sesuai kesepakatan 5. Memberikan kesempatan untuk bertanya	1. Klien mengatakan menegtahui dirinya hipertensi tetapi belum memahami komplikasi dan pentingnya pengobatan jangka panjang 2. Klien mengatakan berhenti mengonsumsi obat sejak 2 bulan lalu karena merasa kondisinya membaik, klien juga belum diet rendah garam rutin 3. Klien dan keluarga bersedia untuk dilakukan penkes 4. Klien menyepakati untuk dilakukan penkes tanggal 15 mei	Anita

3.1.6 Catatan Perkembangan

Nama : Ny.I.

Umur : 63 Tahun

Dx : Hipertensi

Tabel 3.13 Catatan Perkembangan

Tanggal/jam	No dx	Catatan Perkembangan	Evaluasi	Paraf
HARI KE 2 15g.5.2026 11.00 11.03 11.06 11.07 11.08 11.09	DX 1	1. Memonitor tekanan darah Hasil : TD sebelum terapi 160/100 mmHg 2. Memonitor Nadi (frekuensi, kekuatan, irama) Hasil : 94x/m 3. Memonitor Pernapasan (frekuensi, kedalaman) Hasil : 20x/m 4. Memonitor suhu tubuh Suhu : 36° C 5. Memonitor oksimetri nadi Hasil : 98% 6. Mendokumentasikan hasil pemantauan 7. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 8. Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu	S: - Klien mengatakan kepalanya masih nyeri dan terasa berat O: - Klien tampak kooperatif - TD sebelum terapi: 170/90mmHg. - Nadi : 94x/m - Respirasi Rate : 20x/m - Suhu : 36° C - Spo2 : 98% - Kesadran baik A: - Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: - Monitor TTV	Anita
11.10 11.14	DX 2	1. Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: Skala nyeri 5 (0–10) 2. Mengobservasi TTV sebelum dilakukan terapi relaksasi genggam jari. Hasil:	S: - Klien mengatakan nyeri kepala masih dirasakan terutama tengkuk tapi tidak seberat sebelumnya	Anita

11.17 11.19 11.20 11.37 11.40		TD 170/90 mmHg Nadi 94x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36°C, SpO₂ 99%. 3. Memberikan posisi nyaman kepada pasien Hasil: klien mengatakan posisinya sudah Nyman 4. Menjelaskan tujuan dan manfaat relaksasi genggam jari dalam membantu mengurangi rasa nyeri Hasil: Klien kooperatif dan tampak paham 5. Memberikan Teknik nonfarmakologis berupa relaksasi genggam jari Hasil: Klien mengikuti seluruh tahapan dengan baik 6. Mengobservasi nyeri dan ttv setelah terapi. Hasil: - Klien mengatakan nyeri masih dirasakan, skala nyeri menurun jadi 4 - TD 168/90 mmHg, - Nadi 89x/menit, - RR 20x/menit, - SpO₂ 99%	- Klien mengatakan merasa nyaman sehingga nyeri lebih ringan setelah terapi O: - Klien nampak tidak terlalu meringis - Skala nyeri menurun 4 (0-10). - TD sebelum terapi: 170/90mmHg. - TD setelah terapi : 168/90 mmHg. A: - nyeri akut teratasi sebagian - terdapat penurunan skala nyeri dan tekanan darah setelah dilakukan terapi P: Lanjutkan intervensi: - Monitor, evaluasi skala nyeri - Monitor tekanan darah sebelum dan sesudah terapi. - Anjurkan klien melakukan terapi secara mandiri.	
11.10 11.12	Dx 3	1. Mengidentifikasi kualitas tidur pasien Hasil: Klien mengatakan masih tidur sekitar 5 jam dan masih terbangun malam hari 2. Menjelaskan pentingnya menjaga pola tidur yang baik	S: - Klien mengatakan masi terkadang terbangun malam hari “ O: - Tidur ±5 jam	Anita

11.13 11.15		Hasil: Klien memperhatikan penjelasan 3. Menganjurkan menghindari minuman berkafein sebelum tidur Hasil: Klien bersedia mengurangi konsumsi teh pada malam hari 4. Menganjurkan menciptakan lingkungan yang nyaman Hasil: klien memahami anjuran	- Klien mampu memahami apa yang disampaikan - Klien bersedia mengikuti anjuran A: - Gangguan pola tidur belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi dukungan tidur - Evaluasi pola tidur	
11.16 11.18 11. 25 11.30 11.31 11.35	Dx 4	1. Mengidentifikasi kesiapan klien menerima informasi Hasil: Klien dan keluarga nampak siap menerima informasi 2. Menjelaskan pengertian hipertensi Hasil: Klien dan keluarga tampak kooperatif 3. Menjelaskan penyebab dan komplikasi hipertensi Hasil: Klien dan keluarga memahami informasi 4. Menjelaskan pentingnya kepatuhan minum obat Hasil: Klien dan keluarga mulai memahami bahwa obat tidak boleh dihentikan sendiri 5. Mengedukasi diet rendah garam Hasil: Klien mampu menyebutkan makanan yang perlu dibatasi 6. Menganjurkan mengontrol tekanan darah rutin ke faskes	S: - Klien mengatakan bahwa klien sekarang tahu kalo obat antihipertensi diminum setiap hari - Klien mengatakan akan memperbaiki pengobatannya dan mengatakan akan mengontrol tekanan darah ke faskes O: - Klien mampu mengulang kembali materi edukasi - Keluarga tampak mendampingi klien A: - Pemeliharaan kesehatan tidak efektif teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi: - Evaluasi kembali pemahaman klien - Evaluasi diet rendah garam	Anita

		Hasil: Klien bersedia memeriksakan setelah BPJS nya aktif kembali		
HARI KE 3 09.00 09.03 09.05	Dx 1	1. Memonitor TTV : Hasil : - TD : 160/90 mmHg - Nadi : 88x/menit - Respirasi Rate : 20x/m - Suhu : 36,4° C - Spo2 : 98% 2. Mendokumentasikan hasil pemantauan 3. Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu	S: - Klien mengatakan nyeri kepala nya berkurang, tengkuk mulai terasa ringan O: - Klien tampak kooperatif - TD sebelum terapi: 160/90mmHg. - Nadi : 88x/m - Respirasi Rate : 20x/m - Suhu : 36,4° C - Spo2 : 98% - Kesadran baik A: - Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif belum teratasi P: - Lanjutkan intervensi: - Monitor TTV	
09.20 09.22	DX 2	1. Mengidentifikasi nyeri sebelum dilakukan terapi Hasil: Klien mengatakan nyeri di skala 4 2. Mengobservasi tekanan darah sebelum dilakukan terapi relaksasi genggam jari. Hasil: TD : 160/90 mmHg, 3. Mengevaluasi pelaksanaan terapi relaksasi genggam jari. Hasil: - Klien mengatakan sudah menerapkannya dirumah sebelum tidur	S: - Klien mengatakan nyeri kepala mulai berkurang O: - Klien tampak nyaman, - Skala nyeri 3 (0-10). - TD sebelum terapi: 160/90 mmHg. - TD setelah terapi: 158/90 mmHg. A - Nyeri akut teratasi sebagian, terdapat penurunan skala nyeri dan penurunan tekanan darah setelah dilakukan terapi genggam jari.	Anita

09.40		- Klien mampu melakukan terapi relaksasi genggam jari secara mandiri dengan arahan minimal dari perawat selama ± 15 menit. 4. Mengobservasi nyeri dan tekanan darah setelah terapi Hasil: - Nyeri menurun jadi skala 3 - TD 158/90 mmHg,	P: - Lanjutkan Intervensi - Anjurkan melakukan terapi relaksasi genggam jari dan monitor nyeri secara mandiri	
09.43 09.45	DX 3	1. Mengevaluasi kualitas tidur klien Hasil: - Klien mengatakan masih terbangun pada malam hari tetapi dapat tidur kembali - Klien mengatakan lebih baik dari sebelumnya 6-7 jam 2. Memperkuat edukasi sleep hygiene Hasil: Klien mengatakan telah menerapkan anjuran sebelum tidur	S: - Klien mengatakan masih terbangun malam hari, namun bisa atidur kembali, O: - Kualitas tidur klien membaik jadi 6-7 jam A: - Gangguan pola tidur teratasi sebagian P: - Lanjutkan intervensi dukungan tidur - Anjurkan untuk tidur tepat waktu	Anita
09.47 09.58 10.10	DX 4	1. Mengevaluasi pemahaman pasien mengenai hipertensi Hasil: Klien mampu menjelaskan kembali pentingnya minum obat, diet rendah garam, dan control rutin	S: - Klien mengatakan akan mengontrol kan tekanan darahnya secara rutin” O:	Anita

		2. Memberikan penguatan (reinforcement) terhadap perilaku hidup sehat Hasil: Klien berkomitmen mematuhi anjuran	- Klien mampu mengulang materi edukasi dengan baik - Klien bersedia untuk melanjutkan pengobatan A: - Pemeliharaan kesehatan tidak efektif teratasi P: - Hentikan intervensi - Anjurkan pertahankan perilaku sehat	
HARI KE 4 10.02 10.04 10.06	Dx 1	1. Memonitor TTV : Hasil : TD : 160/90 mmHg Nadi : 88x/menit Respirasi Rate : 20x/m Suhu : 36,5 c Spo2 : 98% 3. Mendokumentasikan hasil pemantauan 4. Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu	S: - Klien mengatakan kepalanya masih ada nyeri tapi ringan O: - Klien tampak kooperatif - TD sebelum terapi: 160/90mmHg. - Nadi : 88x/m - Respirasi Rate : 20x/m - Suhu : 36,5° C - Spo2 : 98% - Tidak ada tanda gangguan neurologis - Kesadaran baik A: - Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif masih ada, namun tidak ditemukan tanda gangguan neurologis P: - Hentikan intervensi - Anjurkan melakukan pengobatan rutin, kontrol tekanan darah secara berkala	Anita
10.10	DX 2	1. Mengidentifikasi lokasi, skala, intensitas, dan frekuensi nyeri sebelum melakukan terapi	S: - Klien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri	Anita

10.12		Hasil: Klien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri 2. Mengobservasi tekanan darah sebelum terapi Hasil: TD 160/90 mmHg 3. Melaksanakan terapi genggam jari dengan klien dan memberikan posisi Nyman Hasil: Klien mampu melakukan terapi mandiri dan mengatakan sudah beberapa kali menerapkannya terlebih ketika muncul nyeri 4. Memonitor skala nyeri dan tekanan darah setelah terapi Hasil: - Klien mengatakan nyeri semakin - Skla nyeri 1 (0-10) - TD 158/90	- Klien mengatakan kepalanya terasa lebih ringan setelah menerapkan terapi O: - Skala nyeri 1(0-10) - Klien tampak lebih rileks dan bugar tidak meringis - Tekanan darah sebelum terapi 160/90 - Tekanan darah setelah terapi 158/90 A: Nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - anjurkan melakukan genggam jari secara rutin 1-2 kali sehari agar persepsi nyeri semakin menurun	
10.25 10.30	DX 3	1. Mengidentifikasi kualitas tidur pasien Hasil: Klien mengatakan tidur lebih nyenyak dan tidak sering terbangun 2. Menganjurkan mempertahankan kebiasaan tidur baik Hasil: - Klien mengatakan tidur sudah dibuat nyaman karena nyeri nya semakin berkurang - klien mengatakan tidur lebih nyaman dimatikan lampunya	S: - Klien mengatakan tidur membaik karena nyeri nya juga semakin berkurang O: - Kualitas tidur klien membaik 7-8 jam - Klien tampak rileks A: Gangguan pola tidur teratasi P: - Hentikan intervensi - Pertahankan sleep hygiene	Anita

3.2 Pembahasan

Pada bagian pembahasan ini, penulis akan membandingkan teori yang telah dipelajari dengan studi kasus yang penulis alami secara langsung selama tiga hari dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik pada pasien Ny. I katz indeks A dengan nyeri kepala akibat Hipertensi melalui intervensi Terapi Relaksasi Genggam Jari di Wilayah kerja Puskesmas Bagendit, Pembahasan dilakukan berdasarkan tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Selama proses pemberian asuhan keperawatan, penulis memperoleh data yang sesuai dengan kondisi klinis klien. Penerapan proses keperawatan secara sistematis membantu penulis dalam mengidentifikasi masalah kesehatan, menentukan prioritas masalah, memberikan intervensi berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), serta mengevaluasi keberhasilan tindakan yang telah dilakukan. Selain itu, penerapan terapi relaksasi genggam jari sebagai terapi nonfarmakologis menunjukkan adanya perubahan yang positif terhadap penurunan intensitas nyeri kepala akibat hipertensi serta meningkatkan kenyamanan klien selama menjalani perawatan.

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk memperoleh data secara komprehensif mengenai kondisi biologis, psikologis, sosial, spiritual, serta status fungsional klien. Data yang diperoleh menjadi dasar dalam menetapkan diagnosis keperawatan, menyusun intervensi, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi hasil asuhan. Pengkajian

yang sistematis memungkinkan perawat mengidentifikasi masalah kesehatan secara tepat sehingga asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien.

Pada studi kasus ini, pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Mei 2026 melalui metode wawancara dengan klien dan keluarga, observasi langsung, pemeriksaan fisik head to toe, pengukuran tanda-tanda vital, pengkajian nyeri menggunakan Numeric Rating Scale (NRS), serta pengkajian status fungsional menggunakan Katz Indeks A. Selain itu dilakukan pengkajian mengenai riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pola pemeliharaan kesehatan, pola istirahat tidur, pola nutrisi, aktivitas sehari-hari, serta tingkat pengetahuan klien mengenai penyakit hipertensi.

Berdasarkan teori, hipertensi merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg secara menetap. Hipertensi sering disebut sebagai *silent killer* karena sebagian besar penderita tidak menunjukkan gejala yang khas. Namun, pada kondisi tekanan darah yang tidak terkontrol dapat muncul berbagai manifestasi klinis seperti nyeri kepala, rasa berat pada tengkuk, pusing, mudah lelah, gangguan tidur, penglihatan kabur, telinga berdenging, hingga berdebar. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung terus-menerus dapat menyebabkan gangguan autoregulasi pembuluh darah serebral sehingga meningkatkan aktivasi reseptor nyeri dan menimbulkan keluhan nyeri kepala.

Hasil pengkajian pada Ny. I menunjukkan bahwa klien mengeluhkan nyeri pada bagian kepala atas yang dirasakan seperti berdenyut dan terasa berat,

terutama ketika melakukan aktivitas. Klien mengatakan nyeri berkurang setelah beristirahat. Berdasarkan pengkajian menggunakan metode PQRST, diperoleh skala nyeri 5 (nyeri sedang). Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan tekanan darah 170/100 mmHg, frekuensi nadi 88 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, suhu tubuh 36,5°C, dan saturasi oksigen 99%. Selama pengkajian, klien tampak meringis dan sesekali memegang bagian kepala sebagai respons terhadap nyeri yang dirasakan. Temuan tersebut mendukung adanya diagnosis keperawatan Nyeri Akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis berupa peningkatan tekanan vaskular serebral akibat hipertensi.

Selain keluhan nyeri, hasil pengkajian menunjukkan bahwa klien mengalami gangguan pola tidur. Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari akibat nyeri kepala dan hanya mampu tidur sekitar 5 jam setiap malam, sehingga pada siang hari merasa kurang segar dan mudah lelah. Kondisi tersebut sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa nyeri yang berlangsung terus-menerus dapat mengganggu kontinuitas tidur, sedangkan kurangnya kualitas tidur dapat meningkatkan persepsi nyeri melalui aktivasi sistem saraf simpatis sehingga membentuk suatu siklus yang saling memengaruhi.

Pada aspek pemeliharaan kesehatan, hasil wawancara menunjukkan bahwa klien telah menderita hipertensi selama kurang lebih 10 tahun, namun belum mampu melakukan pengelolaan penyakit secara optimal. Klien mengaku tidak rutin melakukan kontrol kesehatan, terakhir berobat sekitar dua bulan sebelum pengkajian, serta belum memahami pentingnya pemantauan tekanan darah secara berkala. Klien juga masih mengonsumsi makanan yang mengandung garam

berlebih dan menganggap bahwa selama keluhan tidak terlalu berat maka tidak perlu memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan. Data tersebut menunjukkan adanya perilaku pemeliharaan kesehatan yang belum efektif sehingga mendukung penegakan diagnosis Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif.

Berdasarkan hasil pengkajian, penulis menemukan adanya kesesuaian antara teori dan kondisi yang dialami Ny. I. Manifestasi klinis berupa peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, gangguan pola tidur, serta perilaku pemeliharaan kesehatan yang kurang efektif sesuai dengan teori mengenai perjalanan penyakit hipertensi. Peningkatan tekanan darah menyebabkan gangguan perfusi serebral yang memicu timbulnya nyeri kepala, sedangkan kurangnya pengetahuan dan kepatuhan dalam pengelolaan hipertensi dapat menyebabkan tekanan darah sulit dikendalikan sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi.

Meskipun demikian, terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan kondisi yang ditemukan pada klien. Secara teori, penderita hipertensi dapat mengalami berbagai manifestasi klinis lain seperti penglihatan kabur, telinga berdenging, mimisan, sesak napas, nyeri dada, maupun gangguan neurologis apabila tekanan darah meningkat secara signifikan. Namun, pada Ny. I tidak ditemukan tanda dan gejala tersebut. Klien hanya mengeluhkan nyeri kepala, gangguan tidur, dan perilaku pemeliharaan kesehatan yang belum optimal. Perbedaan ini dapat terjadi karena manifestasi klinis hipertensi bersifat individual serta dipengaruhi oleh derajat peningkatan tekanan darah, lamanya menderita hipertensi, kemampuan adaptasi fisiologis tubuh, adanya penyakit penyerta, dan kondisi masing-masing individu.

Selama proses pengkajian, Ny. I menunjukkan sikap kooperatif, mampu menjawab seluruh pertanyaan dengan baik, serta bersedia dilakukan pemeriksaan fisik dan pengukuran tanda-tanda vital. Keluarga juga memberikan informasi yang mendukung mengenai riwayat penyakit dan kebiasaan klien dalam mengelola hipertensi. Kondisi tersebut memudahkan penulis memperoleh data yang lengkap sehingga masalah keperawatan dapat diidentifikasi secara tepat dan menjadi dasar dalam penyusunan diagnosis, intervensi, implementasi, serta evaluasi asuhan keperawatan.

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (DPP PPNI SDKI, 2017).

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. I dengan hipertensi, penulis menetapkan empat diagnosis keperawatan yaitu Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, Nyeri Akut, Gangguan Pola Tidur, dan Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif. Penetapan diagnosis tersebut dilakukan berdasarkan hasil analisis data subjektif dan objektif yang diperoleh selama proses pengkajian serta disesuaikan dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Dari beberapa diagnosis yang dapat muncul pada pasien hipertensi, penulis hanya mengangkat empat diagnosis karena hanya masalah tersebut yang didukung oleh data pengkajian pada Ny. I.

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 14 Mei 2026, diperoleh data bahwa Ny. I memiliki riwayat hipertensi selama kurang lebih 10 tahun. Klien mengeluhkan nyeri kepala yang terasa berat terutama pada bagian tengkuk. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 170/100 mmHg, nadi 96 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,5°C, keadaan umum baik, kesadaran compos mentis (E4V5M6), serta tidak ditemukan adanya gangguan neurologis.

Menurut SDKI PPNI (2017), Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif merupakan kondisi ketika seseorang berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak yang dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan serebral. Pada penderita hipertensi, tekanan darah yang tinggi secara terus-menerus dapat menyebabkan perubahan pada pembuluh darah, seperti vasokonstriksi dan peningkatan resistensi vaskular. Kondisi tersebut dapat mengganggu aliran darah menuju otak sehingga meningkatkan risiko terjadinya gangguan perfusi serebral.

Pada kasus Ny. I, meskipun belum ditemukan tanda-tanda gangguan neurologis seperti penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak, ataupun gangguan bicara, tekanan darah yang masih tinggi yaitu 170/100 mmHg menjadi faktor risiko utama terjadinya gangguan perfusi serebral. Keluhan nyeri kepala yang dirasakan juga menunjukkan bahwa tekanan darah yang tidak terkontrol dapat memengaruhi sirkulasi darah di pembuluh serebral. Oleh karena itu, penulis menetapkan diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

berhubungan dengan hipertensi sebagai diagnosis utama agar komplikasi seperti stroke atau gangguan perfusi otak dapat dicegah melalui pemantauan tekanan darah, pemantauan status neurologis, serta pengendalian faktor risiko.

2. Nyeri Akut

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. I mengatakan mengalami nyeri kepala terutama pada bagian tengkuk. Nyeri dirasakan seperti tertimpa beban berat, bertambah saat melakukan aktivitas, berkurang ketika beristirahat, dengan skala nyeri 5 menggunakan Numeric Rating Scale (NRS). Hasil observasi menunjukkan klien tampak meringis, memegang kepala, dan tekanan darah mencapai 170/100 mmHg.

Menurut SDKI PPNI (2017), Nyeri Akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual maupun potensial yang berlangsung kurang dari tiga bulan. Tanda dan gejala yang dapat ditemukan antara lain pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, perubahan tanda-tanda vital, serta gangguan tidur.

Pada kasus Ny. I, seluruh data yang ditemukan sesuai dengan kriteria diagnosis nyeri akut. Nyeri kepala yang dialami berkaitan dengan peningkatan tekanan vaskular akibat hipertensi sehingga meningkatkan tekanan pada pembuluh darah serebral dan menimbulkan rangsangan nyeri. Selama pemberian intervensi berupa terapi relaksasi genggam jari, skala nyeri mengalami penurunan secara bertahap dari skala 5 menjadi skala 1 disertai penurunan tekanan darah. Hal ini menunjukkan bahwa terapi nonfarmakologis yang diberikan membantu menurunkan persepsi nyeri sehingga diagnosis

Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis sesuai dengan kondisi klien.

3. Gangguan Pola Tidur

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. I mengatakan tidur malam hanya sekitar lima jam, sering terbangun karena nyeri kepala, dan sulit tidur kembali. Hasil observasi menunjukkan klien tampak lesu pada siang hari.

Menurut SDKI PPNI (2017), Gangguan Pola Tidur merupakan kondisi ketika seseorang mengalami perubahan kualitas maupun kuantitas tidur sehingga mengganggu fungsi sehari-hari. Tanda dan gejala yang sering ditemukan yaitu sulit tidur, sering terbangun, perubahan pola tidur, dan merasa istirahat tidak cukup.

Gangguan tidur yang dialami Ny. I berkaitan dengan rasa tidak nyaman akibat nyeri kepala yang muncul ketika tekanan darah meningkat. Nyeri tersebut menyebabkan kualitas tidur menurun sehingga waktu istirahat menjadi berkurang. Setelah diberikan edukasi mengenai sleep hygiene dan penurunan nyeri melalui terapi relaksasi genggam jari, kualitas tidur klien meningkat dari sekitar lima jam menjadi tujuh sampai delapan jam setiap malam. Berdasarkan hasil tersebut, penulis menegakkan diagnosis Gangguan Pola Tidur karena masalah tersebut sesuai dengan kondisi yang dialami klien dan memerlukan intervensi untuk meningkatkan kualitas istirahat.

4. Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. I memiliki riwayat hipertensi selama kurang lebih 10 tahun. Klien mengatakan berhenti mengonsumsi obat

antihipertensi sejak dua bulan yang lalu karena merasa kondisinya sudah membaik. Selain itu, klien masih sesekali mengonsumsi makanan tinggi garam dan belum melakukan kontrol tekanan darah secara rutin. Hasil observasi juga menunjukkan klien belum menerapkan pengobatan hipertensi dan diet rendah garam secara konsisten.

Menurut SDKI PPNI (2017), Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif merupakan ketidakmampuan individu dalam mengidentifikasi, mengelola, dan mempertahankan perilaku kesehatan yang sesuai sehingga berdampak terhadap kondisi kesehatannya. Kondisi ini ditandai dengan perilaku kesehatan yang kurang efektif, kurang memahami pentingnya pengobatan, serta tidak mampu menjalankan perilaku sehat secara optimal.

Pada kasus Ny. I, perilaku menghentikan obat antihipertensi tanpa anjuran tenaga kesehatan, masih mengonsumsi makanan tinggi garam, dan tidak melakukan kontrol tekanan darah secara rutin menunjukkan bahwa pengelolaan hipertensi belum dilakukan secara optimal. Setelah diberikan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi, pentingnya kepatuhan minum obat, diet rendah garam, dan kontrol rutin, klien mampu menjelaskan kembali materi yang diberikan serta berkomitmen untuk mematuhi pengobatan dan melakukan pemeriksaan tekanan darah secara berkala. Oleh karena itu, diagnosis Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif ditegakkan sebagai dasar pemberian intervensi edukasi agar klien mampu mengelola penyakitnya secara mandiri dan mencegah terjadinya komplikasi hipertensi.

3.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang disusun oleh perawat berdasarkan diagnosis keperawatan untuk membantu klien mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan mempertimbangkan kondisi kesehatan, kebutuhan, serta kemampuan klien sehingga tindakan yang diberikan bersifat individual, sistematis, dan berorientasi pada penyelesaian masalah keperawatan (DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Ny. I dengan hipertensi, penulis menetapkan intervensi keperawatan sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu Pemantauan Tanda Vital, Manajemen Nyeri, Dukungan Tidur, dan Edukasi Kesehatan (PPNI, 2018).

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Pada diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, penulis menetapkan intervensi Pemantauan Tanda Vital. Intervensi dilakukan melalui pemantauan tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, saturasi oksigen, serta mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital. Penulis menetapkan tujuan agar perfusi serebral tetap adekuat dengan kriteria hasil berupa tekanan darah membaik, sakit kepala menurun, tingkat kesadaran tetap baik, dan tidak muncul tanda gangguan neurologis.

Intervensi ini dipilih karena hipertensi yang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko gangguan perfusi serebral. Melalui pemantauan tanda

vital secara berkala, perubahan kondisi pasien dapat diketahui lebih dini sehingga komplikasi seperti stroke dapat dicegah.

2. Nyeri Akut

Pada diagnosis Nyeri Akut, penulis menetapkan intervensi Manajemen Nyeri dengan pemberian terapi nonfarmakologis berupa relaksasi genggam jari. Intervensi meliputi identifikasi karakteristik nyeri, pengukuran skala nyeri, pemantauan tekanan darah, pemberian posisi nyaman, pelaksanaan terapi relaksasi genggam jari, serta edukasi agar terapi dapat dilakukan secara mandiri. Setelah dilakukan intervensi selama tiga hari, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil berupa skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 1, ekspresi meringis menurun, pasien tampak lebih rileks, dan tekanan darah mengalami penurunan. Terapi relaksasi genggam jari dipilih karena dapat memberikan efek relaksasi, menurunkan ketegangan otot, serta membantu mengurangi persepsi nyeri.

3. Gangguan Pola Tidur

Pada diagnosis Gangguan Pola Tidur, penulis menetapkan intervensi Dukungan Tidur. Intervensi meliputi identifikasi pola dan faktor pengganggu tidur, edukasi mengenai sleep hygiene, anjuran menciptakan lingkungan tidur yang nyaman, serta menghindari minuman berkafein sebelum tidur.

Tujuan intervensi yaitu meningkatkan kualitas tidur dengan kriteria hasil berupa berkurangnya keluhan sulit tidur, frekuensi terbangun pada malam hari menurun, dan durasi tidur meningkat dari sekitar lima jam menjadi tujuh sampai delapan jam. Intervensi ini diberikan karena gangguan tidur pada Ny. I

dipengaruhi oleh nyeri kepala akibat hipertensi sehingga diharapkan membaik seiring menurunnya intensitas nyeri.

4. Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif

Pada diagnosis Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif, penulis menetapkan intervensi Edukasi Kesehatan. Intervensi dilakukan dengan mengidentifikasi kesiapan menerima informasi, memberikan edukasi mengenai hipertensi, pentingnya kepatuhan minum obat, penerapan diet rendah garam, serta anjuran melakukan kontrol tekanan darah secara rutin.

Tujuan intervensi adalah meningkatkan kemampuan pasien dalam mengelola penyakitnya, yang ditandai dengan meningkatnya pemahaman tentang hipertensi, kepatuhan menjalani pengobatan, serta perubahan perilaku kesehatan yang lebih baik. Intervensi ini dipilih karena berdasarkan hasil pengkajian Ny. I menghentikan obat antihipertensi secara mandiri dan belum menerapkan pengelolaan hipertensi secara optimal sehingga diperlukan edukasi untuk mencegah komplikasi

3.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan yang telah disusun berdasarkan diagnosis keperawatan. Pada tahap ini seluruh intervensi dilaksanakan secara sistematis sesuai kondisi klien dengan tujuan mencapai luaran yang telah ditetapkan (DPP PPNI, 2017).

Pada tahap implementasi, penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Asuhan Keperawatan dilakukan selama empat

kali kunjungan, Kunjungan pertama dilakukan untuk pengkajian awal dan identifikasi masalah keperawatan, sedangkan pemberian intervensi dilakukan selama tiga hari berikutnya, yaitu pada kunjungan kedua, ketiga, dan keempat dimulai pada tanggal 14 Mei 2026, dengan fokus pada diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, Nyeri Akut, Gangguan Pola Tidur, dan Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif.

Pada hari pertama, penulis melakukan pemantauan tanda-tanda vital pada diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, meliputi pemeriksaan tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, dan saturasi oksigen. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 170/100 mmHg, nadi 96 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,5°C, dan SpO₂ 99% tanpa ditemukan tanda gangguan neurologis. Pada diagnosis Nyeri Akut, dilakukan pengkajian karakteristik nyeri, pemantauan tekanan darah, serta identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Pada diagnosis Gangguan Pola Tidur, penulis mengidentifikasi pola tidur dan faktor yang mengganggu tidur. Selanjutnya, pada diagnosis Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif, dilakukan identifikasi kesiapan klien menerima informasi serta perencanaan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi, kepatuhan minum obat, dan pola hidup sehat.

Implementasi hari kedua diawali dengan pemantauan kembali tanda-tanda vital. Hasil pemantauan menunjukkan tekanan darah sebelum tindakan 170/90 mmHg, nadi 94 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36°C, dan SpO₂ 98%. Pada diagnosis Nyeri Akut, penulis memberikan terapi nonfarmakologis berupa relaksasi genggam jari selama kurang lebih 15 menit sesuai prosedur. Setelah terapi, klien mengatakan nyeri kepala berkurang dengan skala nyeri menurun

dari 5 menjadi 4, tekanan darah menjadi 168/90 mmHg, dan klien tampak lebih rileks. Pada diagnosis Gangguan Pola Tidur, penulis memberikan edukasi mengenai *sleep hygiene*, sedangkan pada diagnosis Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif dilakukan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi, pentingnya kepatuhan minum obat, diet rendah garam, serta anjuran melakukan kontrol tekanan darah secara rutin. Klien dan keluarga tampak kooperatif serta mampu memahami informasi yang diberikan.

Implementasi hari ketiga dilakukan dengan mengevaluasi perkembangan kondisi klien sekaligus melanjutkan intervensi yang belum tercapai. Hasil pemantauan menunjukkan tekanan darah 160/90 mmHg dan nadi 88 kali/menit. Terapi relaksasi genggam jari kembali diberikan, dan klien mampu melakukannya secara mandiri dengan arahan minimal. Setelah tindakan, skala nyeri menurun dari 4 menjadi 3 dan tekanan darah menjadi 158/90 mmHg. Kualitas tidur juga mulai membaik menjadi 6–7 jam setiap malam. Selain itu, hasil evaluasi pendidikan kesehatan menunjukkan bahwa klien mampu menjelaskan kembali pentingnya kepatuhan minum obat, diet rendah garam, dan kontrol tekanan darah secara rutin sehingga diagnosis Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif dinyatakan teratasi.

Pada hari keempat, penulis kembali melakukan pemantauan tanda-tanda vital dan evaluasi seluruh intervensi yang telah diberikan. Tekanan darah sebelum terapi tercatat 160/90 mmHg dan setelah terapi menjadi 158/90 mmHg. Klien mengatakan nyeri kepala hanya dirasakan ringan dengan skala nyeri 1, tampak lebih rileks, serta mampu melakukan terapi relaksasi genggam jari secara

mandiri. Kualitas tidur meningkat menjadi 7–8 jam setiap malam dan klien tidak lagi sering terbangun karena nyeri. Penulis juga memberikan penguatan mengenai pentingnya mempertahankan kepatuhan pengobatan, diet rendah garam, melakukan terapi relaksasi genggam jari secara mandiri, serta kontrol tekanan darah secara berkala sebagai upaya mencegah komplikasi hipertensi.

Selama proses implementasi, penulis tidak menemukan hambatan yang berarti karena Ny. I bersikap kooperatif, mampu mengikuti setiap tindakan keperawatan, serta melibatkan keluarga dalam proses perawatan. Kerja sama yang baik antara klien, keluarga, dan perawat mendukung tercapainya tujuan intervensi sehingga kondisi klien menunjukkan perkembangan yang positif selama pemberian asuhan keperawatan.

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan yang bertujuan menilai keberhasilan intervensi berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan untuk mengetahui perkembangan kondisi klien serta menentukan tindak lanjut yang diperlukan.

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif menunjukkan bahwa tujuan keperawatan tercapai sebagian karena faktor risiko berupa hipertensi masih ada. Selama pemberian asuhan keperawatan tidak ditemukan tanda gangguan neurologis seperti penurunan kesadaran, gangguan bicara, gangguan penglihatan, maupun kelemahan ekstremitas. Hasil pemantauan menunjukkan tekanan darah mengalami penurunan bertahap dari 170/100 mmHg menjadi

158/90 mmHg, dengan frekuensi nadi menurun dari 96 x/menit menjadi 88 x/menit. Sesuai luaran Perfusi Serebral (SLKI), kondisi ini menunjukkan perfusi serebral tetap adekuat meskipun hipertensi sebagai faktor risiko masih ada. Oleh karena itu, pemantauan tekanan darah, kepatuhan minum obat antihipertensi, serta pengendalian faktor risiko tetap perlu dilanjutkan untuk mencegah komplikasi serebrovaskular.

2. Nyeri Akut

Diagnosis Nyeri Akut menunjukkan bahwa tujuan keperawatan tercapai sebagian. Setelah diberikan terapi relaksasi genggam jari secara bertahap selama empat hari, skala nyeri menurun dari 5 menjadi 1, klien mengatakan kepala terasa lebih ringan, ekspresi meringis berkurang, tampak lebih rileks, serta tekanan darah setelah terapi menunjukkan penurunan dari 170/90 mmHg menjadi 158/90 mmHg. Hasil tersebut menunjukkan bahwa luaran Tingkat Nyeri (SLKI) mengalami peningkatan. Penulis berpendapat bahwa terapi relaksasi genggam jari efektif sebagai terapi komplementer dalam membantu menurunkan persepsi nyeri sehingga klien dianjurkan untuk tetap melakukannya secara mandiri sebagai pendamping terapi farmakologis.

4. Gangguan Pola Tidur

Diagnosis Gangguan Pola Tidur menunjukkan bahwa tujuan keperawatan telah tercapai. Setelah diberikan dukungan tidur dan edukasi sleep hygiene, durasi tidur malam meningkat dari sekitar 5 jam menjadi 7–8 jam, klien mengatakan sudah tidak sering terbangun pada malam hari, dan kualitas tidur dirasakan lebih baik. Hasil tersebut menunjukkan bahwa luaran Pola Tidur

(SLKI) telah tercapai sehingga intervensi dihentikan dengan tetap menganjurkan klien mempertahankan kebiasaan tidur yang baik dan menerapkan sleep hygiene secara mandiri.

5. Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif

Diagnosis Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif menunjukkan bahwa tujuan keperawatan telah tercapai. Setelah diberikan edukasi kesehatan mengenai hipertensi, kepatuhan minum obat, diet rendah garam, dan kontrol tekanan darah, klien mampu menjelaskan kembali materi yang telah diberikan, memahami pentingnya pengobatan jangka panjang, serta berkomitmen untuk mengontrol tekanan darah secara rutin dan menerapkan pola hidup sehat. Hasil tersebut menunjukkan adanya peningkatan kemampuan klien dalam melakukan pemeliharaan kesehatan sesuai luaran Pemeliharaan Kesehatan (SLKI). Oleh karena itu, intervensi dihentikan dengan anjuran agar klien tetap mempertahankan perilaku hidup sehat, patuh terhadap terapi, dan melakukan kontrol kesehatan secara berkala

3.2.6 Analisis *Evidence Based Practice* Terapi Relaksasi Genggam Jari (*Finger Hold Relaxation*)

Berdasarkan hasil implementasi pada Ny. I, pemberian terapi relaksasi genggam jari kombinasi napas dalam dilakukan selama 3 dengan total 4 kali kunjungan, dimana pada kunjungan pertama dilakukan pengkajian awal dan identifikasi masalah keperawatan, kemudian dilanjutkan dengan pemberian intervensi selama tiga hari berikutnya. Pada saat pengkajian awal didapatkan bahwa Ny. I memiliki tekanan darah 170/100 mmHg yang termasuk dalam kategori

hipertensi stadium 2, disertai keluhan nyeri kepala dengan intensitas NRS 5. Kondisi tersebut menjadi dasar dalam penentuan diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif akibat faktor risiko hipertensi yang tidak terkontrol, serta munculnya masalah aktual berupa nyeri kepala sebagai respons terhadap peningkatan tekanan vaskular.

Selama tiga hari pemberian terapi relaksasi genggam jari kombinasi napas dalam, terjadi perubahan kondisi pasien secara bertahap. Setelah dilakukan terapi, Ny. I mulai menunjukkan penurunan intensitas nyeri kepala dan peningkatan rasa nyaman. Pada awal intervensi, pasien masih merasakan nyeri kepala dengan skala NRS 5, kemudian secara bertahap menurun menjadi NRS 4, NRS 3, hingga mencapai NRS 1 pada akhir evaluasi. Penurunan intensitas nyeri tersebut menunjukkan bahwa pemberian terapi relaksasi genggam jari memberikan efek relaksasi yang membantu pasien dalam mengontrol persepsi nyeri.

Selain penurunan intensitas nyeri, terapi relaksasi genggam jari juga memberikan pengaruh terhadap respons fisiologis pasien. Setelah dilakukan intervensi secara rutin, terjadi perubahan tekanan darah dari 170/100 mmHg pada awal pengkajian menjadi 158/90 mmHg pada akhir evaluasi. Penurunan tekanan darah tersebut terjadi secara bertahap seiring dengan pemberian terapi dan upaya pengendalian faktor risiko hipertensi yang dilakukan pada pasien. Hal ini menunjukkan bahwa efek relaksasi yang dihasilkan melalui terapi genggam jari dapat membantu menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga tubuh menjadi lebih rileks dan mendukung kestabilan tekanan darah.

Perubahan yang terjadi pada Ny. I sesuai dengan hasil penelitian Al-Amin dkk. (2024) mengenai penerapan teknik relaksasi genggam jari dan napas dalam pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa kombinasi kedua teknik tersebut mampu membantu menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis dan penurunan aktivitas sistem saraf simpatis. Mekanisme tersebut sesuai dengan kondisi Ny. I, dimana setelah dilakukan terapi selama tiga hari terjadi penurunan keluhan nyeri kepala secara bertahap hingga pasien tidak lagi merasakan nyeri pada akhir evaluasi.

Hasil implementasi pada Ny. I juga sejalan dengan penelitian Trisna dan Yantiana (2025) yang melaporkan bahwa pemberian teknik relaksasi genggam jari pada pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala selama tiga hari mampu menurunkan skala nyeri dari NRS 7 menjadi NRS 0. Kesamaan hasil penelitian tersebut dengan kasus Ny. I terlihat pada adanya penurunan intensitas nyeri kepala setelah dilakukan terapi secara rutin. Meskipun intensitas nyeri awal pada Ny. I lebih rendah dibandingkan penelitian tersebut, pola perubahan yang terjadi menunjukkan bahwa terapi genggam jari memberikan efek relaksasi yang membantu pasien dalam mengurangi persepsi nyeri.

Selain itu, penelitian Maria (2022) mengenai finger grip relaxation pada pasien hipertensi menunjukkan bahwa terapi tersebut mampu menurunkan skala nyeri kepala serta meningkatkan kenyamanan pasien. Hasil tersebut sesuai dengan kondisi Ny. I yang setelah diberikan terapi menunjukkan pasien tampak lebih rileks,

mampu melakukan teknik relaksasi secara mandiri, serta mengalami peningkatan kenyamanan selama proses perawatan.

Penelitian Utari *et al.* (2024) juga mendukung hasil penerapan pada Ny. I bahwa teknik relaksasi genggam jari memiliki pengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri. Efek relaksasi yang diberikan melalui sentuhan dan pengaturan napas membantu menurunkan ketegangan fisik maupun emosional sehingga respons terhadap nyeri menjadi lebih terkendali.

Berdasarkan hasil penerapan terapi pada Ny. I selama tiga hari implementasi dan didukung oleh hasil penelitian sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa terapi relaksasi genggam jari kombinasi napas dalam efektif digunakan sebagai terapi komplementer pada pasien hipertensi. Terapi ini tidak secara langsung memperbaiki perfusi serebral, namun melalui efek relaksasi dapat membantu mengontrol faktor risiko berupa peningkatan tekanan darah, mengurangi keluhan nyeri kepala, serta meningkatkan kenyamanan pasien sehingga mendukung upaya pencegahan terjadinya gangguan perfusi serebral pada lansia dengan hipertensi. Hasil implementasi tersebut sesuai dengan penelitian yang telah dianalisis bahwa terapi relaksasi genggam jari dapat membantu menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme relaksasi tubuh. Pemberian terapi secara rutin membantu pasien mengontrol respons terhadap nyeri, meningkatkan rasa nyaman, dan mendukung proses pengelolaan hipertensi secara nonfarmakologis.

3.2.7. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian penting dalam pelaksanaan proses keperawatan karena berfungsi sebagai rekaman tertulis mengenai kondisi

pasien, tindakan yang telah diberikan, serta respons pasien terhadap asuhan yang dilakukan oleh perawat. Dokumentasi yang baik harus menggambarkan pelayanan keperawatan secara sistematis mulai dari tahap pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, implementasi, hingga evaluasi. Selain menjadi bukti pelaksanaan tanggung jawab profesional perawat, dokumentasi juga berperan sebagai sarana komunikasi antar tenaga kesehatan untuk mendukung kesinambungan pelayanan dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan (Juniarti *et al.*, 2020).

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada pasien hipertensi, dokumentasi dilakukan dengan mencatat seluruh data hasil pengkajian kondisi kesehatan lansia, masalah keperawatan yang ditemukan, intervensi yang diberikan, serta perkembangan kondisi pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Pendokumentasian yang dilakukan secara lengkap dan akurat dapat membantu perawat dalam mengevaluasi keberhasilan tindakan serta menjadi dasar dalam menentukan tindak lanjut pelayanan keperawatan (Juniarti *et al.*, 2020).

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. I dengan hipertensi yang meliputi tahap pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan, maka dapat disimpulkan bahwa penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap kondisi kesehatan lansia meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa Ny. I merupakan lansia berusia 63 tahun dengan riwayat hipertensi selama ± 10 tahun. Pada saat pengkajian awal ditemukan tekanan darah sebesar 170/100 mmHg yang termasuk dalam kategori hipertensi stadium 2, disertai keluhan nyeri kepala dengan intensitas NRS 5, serta adanya gangguan tidur dan kurang optimalnya manajemen kesehatan terkait pengendalian hipertensi.

Berdasarkan hasil analisis data yang diperoleh, ditemukan empat masalah keperawatan pada Ny. I yaitu Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan faktor risiko hipertensi, Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis berupa peningkatan tekanan vaskular, Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan akibat keluhan nyeri, serta Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan kurang optimalnya perilaku pengelolaan hipertensi. Selanjutnya, penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan sesuai

dengan masalah yang ditemukan dengan mengacu pada standar SDKI, SLKI, dan SIKI.

Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama 4 kali kunjungan, dengan kunjungan pertama dilakukan pengkajian dan identifikasi masalah keperawatan, kemudian dilanjutkan dengan pemberian intervensi selama 3 hari berturut-turut. Intervensi yang diberikan meliputi pemantauan tanda-tanda vital, manajemen nyeri, edukasi mengenai pengelolaan hipertensi, penerapan sleep hygiene, serta pemberian terapi nonfarmakologis berupa terapi relaksasi genggam jari (*finger hold relaxation*) kombinasi napas dalam sebagai terapi komplementer berbasis *Evidence Based Practice (EBP)*. Selama proses implementasi, Ny. I mampu mengikuti tindakan yang diberikan, kooperatif, serta menunjukkan keterlibatan aktif dalam proses perawatan.

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan adanya perubahan positif pada kondisi Ny. I. Pada masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, terjadi perbaikan faktor risiko yang ditandai dengan adanya penurunan tekanan darah dari 170/100 mmHg menjadi 158/90 mmHg setelah dilakukan intervensi dan pemantauan secara berkelanjutan. Pada masalah Nyeri Akut, terjadi penurunan intensitas nyeri kepala secara bertahap setelah pemberian terapi relaksasi genggam jari, yaitu dari skala nyeri NRS 5 menjadi NRS 1 pada akhir evaluasi. Pasien juga mampu melakukan teknik relaksasi genggam jari secara mandiri ketika mengalami keluhan tidak nyaman.

Masalah Gangguan Pola Tidur mengalami perbaikan setelah dilakukan manajemen tidur dan pengendalian keluhan nyeri, ditandai dengan peningkatan

durasi tidur dari ± 5 jam menjadi ± 7 jam per hari serta berkurangnya gangguan saat tidur malam. Sementara itu, masalah Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif mengalami peningkatan setelah diberikan edukasi kesehatan mengenai hipertensi, ditandai dengan meningkatnya pemahaman pasien mengenai pentingnya kontrol tekanan darah, kepatuhan terhadap pengobatan, penerapan diet rendah garam, serta upaya pencegahan komplikasi hipertensi.

Pemberian terapi relaksasi genggam jari kombinasi napas dalam pada Ny. I memiliki kesesuaian dengan hasil kajian *Evidence Based Practice (EBP)* yang menunjukkan bahwa terapi tersebut dapat memberikan efek relaksasi melalui peningkatan aktivitas parasimpatis dan penurunan aktivitas simpatis. Mekanisme tersebut membantu menurunkan ketegangan fisik, mengurangi persepsi nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta mendukung pengendalian tekanan darah sebagai salah satu faktor risiko terjadinya gangguan perfusi serebral pada pasien hipertensi.

Berdasarkan hasil penerapan asuhan keperawatan tersebut, penulis mampu melakukan proses keperawatan secara sistematis mulai dari pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, penyusunan intervensi, pelaksanaan tindakan, hingga evaluasi berdasarkan pedoman SDKI, SLKI, dan SIKI, serta mampu menerapkan intervensi keperawatan berbasis bukti dalam pemberian asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan hipertensi.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Pasien

Diharapkan Ny. I dapat mempertahankan perilaku kesehatan yang telah diberikan selama proses asuhan keperawatan dengan melakukan kontrol tekanan

darah secara rutin, menerapkan pola hidup sehat terutama pembatasan konsumsi garam, mematuhi anjuran tenaga kesehatan, serta melakukan terapi relaksasi genggam jari secara mandiri sebagai salah satu upaya membantu mengurangi keluhan nyeri dan menurunkan tekanan darah

4.2.2 Bagi Pelayanan Kesehatan (Puskesmas)

Diharapkan pelayanan kesehatan khususnya puskesmas dapat meningkatkan kegiatan promotif dan preventif pada lansia dengan hipertensi melalui pemeriksaan tekanan darah secara berkala, pendidikan kesehatan mengenai pengelolaan hipertensi, serta memperkenalkan intervensi nonfarmakologi seperti terapi relaksasi genggam jari sebagai salah satu tindakan pendukung dalam pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif.

4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan Institusi pendidikan dapat terus mengembangkan pembelajaran berbasis *Evidence Based Nursing* sehingga mahasiswa mampu menerapkan intervensi keperawatan yang efektif dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdellatif et al.. (2023). Hallmarks of cardiovascular ageing. *Nature Reviews Cardiology*, 20, 754–777. <https://doi.org/10.1038/s41569-023-00881-3>
- Annisa, A. Savira, Khairani, K., & Nurhasanah, N. (2024). Asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi. *Indonesian Journal of Health Science*, 4(6), 640–646. <https://doi.org/10.54957/ijhs.v4i6.1083>
- Arca, K. N., & Halker Singh, R. B. (2019). The Hypertensive Headache: a Review. *Current Pain and Headache Reports*, 23(5), 30. <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0767-z>
- Association, A. H. (2024). *Understanding Blood Pressure Readings*. <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/understanding-blood-pressure-readings>
- Gilang Nur Fadhilah, M. (2022). AISYIYAH SURAKARTA JOURNAL OF NURSING ASJN AISYIYAH SURAKARTA JOURNAL OF NURSING Penerapan Terapi Genggam Jari dan Nafas Dalam untuk Menurunkan Tekanan Darah pada Lansia Penderita Hipertensi ARTIKEL INFO ABSTRAK. *Penerapan Terapi Genggam Jari Dan Nafas Dalam Untuk Menurunkan Tekanan Darah ssPada Lansia Penderita Hipertensi*, 3, 89–95. <https://journal.aiska-university.ac.id/index.php/ASJN>
- Handayani, K. P., Vitani, R. A. I., & Kurnia, E. (2022). 442-Research Results-853-1-10-20200511. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 6(1).
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2019). Measures of Adult Pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), and Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S240–S252.
- Herma, Y. D. (2021). Tinjauan Pustaka Tinjauan Pustaka. *Convention Center Di Kota Tegal*, 4(80), 4.
- Indonesia, D. P. P. P. P. N. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik* (Edition 1). DPP PPNI.
- Indonesia, D. P. P. P. P. N. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Kadek, N., Nengah, A., Tinggi, S., Kesehatan, I., Bali, D., & Kesehatan, P. P. (2024). *Pada Lansia Dengan Hipertensi*. (180), 151–159.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tata Laksana Hipertensi Dewasa*. https://keslan.kemkes.go.id/unduhuan/fileunduhuan1780387327_362636.pdf
- Maria, D. (2022). Finger clasp relaxation as therapeutic for reducing headache scale

- in hypertension cases. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 9(11), 4230. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20222922>
- Melnyk, Bernadette Mazurek; Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Mujiadi, & Rachmah, S. (2022). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. In *Buku ajar keperawatan gerontik*.
- Ningsih, A. W., & Afrinaldi. (2023). Gambaran Penyesuaian Diri Lansia Dalam Penurunan Kemampuan Fisik dan Psikis di Panti Sosial Tresna Werdha Kasih Sayang Ibu Batusangkar. *Jurnal Pendidikan Dan Konseling*, 5(1), 1559–1566.
- NR Ekawati, AN Wulandari, W. P. (2022). +intitle__*PENERAPAN RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK*.
- Oktamianti, P., Kusuma, D., Amir, V., Tjandrarini, D. H., & Paramita, A. (2023). Does the Disparity Patterning Differ between Diagnosed and Undiagnosed Hypertension among Adults? Evidence from Indonesia. *Healthcare (Switzerland)*, 11(6), 1–16. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060816>
- Pramestirini, R. A., Faridah, V., & Anggriani, I. (2023). The Effect of a Combination of Finger Hold Therapy with Imagery Visualization Therapy on Reducing Headache Intensity in Hypertension Patients in Turi Lamongan Village. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 9(2), 434–444.
- Rafika Nur Siregar. (2024). Efektivitas Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi DiRs Islam Malahayati Medan. *Jurnal Kesmas Prima Indonesia*, 8(1). <https://doi.org/10.34012/jkpi.v8i1.4664>
- Rahmat, D., Yang, T., & Esa, M. (2024). AT. 1–316.
- Saputri, V. A., Amriati, & Irmayani. (2023). Pengaru Terapi Musik Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Orif. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 3(2), 30–36.
- Sumarni, S. (2025). Pengaruh Usia Lanjut terhadap Kesehatan Lansia. *Jurnal Berita Kesehatan*, 18(2), 74–79. <https://doi.org/10.58294/jbk.v18i2.312>
- Suwanti, Amalia, D. R. (2023). *Hubungan Hipertensi dengan Fungsi Kognitif*. 5(1), 120–134.
- Trisna, Y., & Guru, Y. Y. (2025). Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Perubahan Nyeri Kepala Pasien Hipertensi Emergensi. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(1), 3571–3580. <https://doi.org/10.31004/jkt.v6i1.43428>
- Utari, A. A., Jerita, D., Sari, E., & Fitrihanur, W. (2024). The Effect Finger Grip Relaxation Technique on Reducing The Level of Intravenous Insertion Pain. *Jurnal IJPN*, 5(1), 48–54.

- Windatrirossal, Agustini, T., & Jama, F. (2025). Penerapan Terapi Relaksasi Genggam Jari Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Karuwisi Kota Makassar. *Paradigma: Jurnal Filsafat, Sains, Teknologi, Dan Sosial Budaya*, 31(2), 405–414. <https://doi.org/10.33503/paradigma.v31i2.2359>
- Yan, A., & Fitriana, N. (2023). *Peran Dukungan Keluarga sebagai Upaya Pengontrolan Hipertensi Pada Lansia Prediksi dari World Health*. 19(2), 61–67.
- Zahro, A. L. A., Widiyanto, A., & Isnani, N. (2022). Journal of Language and Health Volume 3 No 2 , October 2022. *Journal of Language and Health*, 3(2), 71–78.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Bimbingan

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS
PROGRAM STUDI PROFESI NERS 2025/2026
INSTITUT KESEHATAN KARSASUSATI GARUT**

NAMA : Anita Rahmasari
NIM : 1412025005
PEMBIMBING : Sri Yuli Wicakanti, S.Kep., M.Kep
JUDUL : Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi
 Pada Ny 1 Dan Intervensi Terapi Relaksasi Gangguan Jari

No	Tanggal		Materi Yang Di Konsultasikan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
1	7 mei		Judul	ace judul	
2	20 mei		SOP	Mencari sop Tg sesuai tahu terapan	
3	11 juni		Bab 1	Revisi bab 1, situasi & prevalensi	
4	13 juni		Bab 1	Revisi penulisan, diagnosis keperawatan	

5	14 Juli		Bab 2	Revisi pathway, pencapaian diagnosa utama	
6	15 Juli		Bab 2	Revisi penulisan + tambahkan teori	
7	17 Juli		Bab 3 Bab 4	Revisi penulisan + penulisan	
8				Acc ridang	
9					

Lampiran 2. Lembar Persetujuan *Informed Consent***LEMBAR PERSETUJUAN**
(*Informed Consent*)

Dengan Hormat,

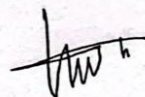
Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama : Ny. I
Umur : 63 th
Jenis Kelamin : P
Pendidikan : SD

Setelah mendapatkan penjelasan lengkap mengenai tujuan, manfaat dan prosedur tindakan keperawatan yang akan dilakukan, dengan ini saya menyatakan bersedia untuk menjadi partisipan/pasien dalam Karya Ilmiah Akhir Ners yang akan dilakukan oleh saudari Anita Rahmasari (KHGD25005), Mahasiswa Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang berjudul "Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Hipertensi Pada Ny. I (Katz Indeks A) Dan Intervensi Terapi Relaksasi Genggam Jari Di wilayah Kerja UPTD Puskesmas Bagendit".

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Garut, 14 Mei 2026


(.....)

Lampiran 3. Lembar Ceklis

LEMBAR CEKLIS
LATIHAN TERAPI RELAKSASI GENGAM JARI TERHADAP
PENURUNAN NYERI PADA PASIEN HIPERTENSI DENGAN NYERI
KEPALA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BAGENDIT

Inisial Pasien : Ny. I

Diagnosa : Hipertensi

No	Hari/Tanggal	Jam	Kondisi	
			Skala nyeri sebelum dilakukan latihan Terapi RELaksasi Genggam Jari	Skala nyeri setelah dilakukan latihan Terapi Relaksasi Genggam jari
1	14/5/2024	10.00	5 (0-10)	5 (0-10)
2	15/5/2024	11.10	5 (0-10)	4 (0-10)
3	16/5/2024	09.20	4 (0-10)	3 (0-10)
4	17/5/2024	10.10	3 (0-10)	1 (0-10)
5				

Lampiran 4. Media Pendidikan Kesehatan



TUJUAN

Teknik ini bertujuan untuk:

- ♦ Mengurangi rasa nyeri, takut, cemas, panik, dan khawatir
- ♦ Memberikan sensasi nyaman pada tubuh
- ♦ Menenangkan pikiran dan mengendalikan emosi
- ♦ Membantu menurunkan tekanan darah pada lansia hipertensi
- ♦ Meningkatkan kualitas hidup lansia secara menyeluruh

APA ITU TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI?

Teknik relaksasi genggam jari adalah intervensi non-farmakologis untuk manajemen nyeri yang menggabungkan teknik relaksasi nafas dalam dengan menggenggam jari tangan secara lembut. Teknik ini mudah dilakukan oleh siapa saja, kapan saja, dan di mana saja tanpa memerlukan alat khusus.

MANFAAT

- ♦ Mengurangi nyeri dan ketegangan
- ♦ Menurunkan stres dan kecemasan
- ♦ Memberikan rasa nyaman dan tenang
- ♦ Meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit

Sumber: Panduan Kesehatan Lansia Indonesia

KESEHATAN LANSIA

TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI

untuk Lansia dengan Hipertensi



INDIKASI & KONTRA INDIKASI

INDIKASI:

Teknik ini dianjurkan untuk pasien hipertensi yang mengalami stres, kecemasan berlebih, dan nyeri kepala akibat tekanan darah tinggi.

KONTRA INDIKASI:

Teknik ini TIDAK dianjurkan untuk pasien yang memiliki luka terbuka, lecet, atau cedera pada telapak tangan dan jari-jari.

PERHATIAN:

Lakukan dengan lembut dan perlahan. Hentikan jika terasa tidak nyaman. Konsultasikan dengan tenaga kesehatan jika ragu.

PROSEDUR PELAKSANAAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI

1. Duduk atau berbaring dengan posisi nyaman
2. Genggam ibu jari dengan lembut hingga nadi terasa
3. Tutup mata, fokus, tarik nafas perlahan dari hidung
4. Hembuskan nafas perlahan melalui mulut, genggam 1-2 menit per jari secara bergantian



URUTAN GENGAM JARI

Mulai dari ibu jari → jari telunjuk → jari tengah → jari manis → kelingking. Ulangi pada tangan yang lain. Lakukan selama 10-15 menit setiap sesi untuk hasil optimal.

Hidup Sehat, Tenang & Bahagia

Lampiran 5. Dokumentasi



BIODATA HIDUP



- Identitas Diri

Nama Lengkap : Anita Rahmasari

NIM : KHGD25005

Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 11 Agustus 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Kp. Babakan Abid RT 02/RW 09 Kelurahan Suci
Kaler Kecamatan Karangpawitan, Kabupaten Garut

Agama : Islam

Nomor Telepon : 081395292279

Alamat Email : anitarahmasari2003@gmail.com

- Riwayat Pendidikan

- 2009-2015 : MIN 2 GARUT
- 2015-2018 : SMPN 3 GARUT
- 2018-2021 : SMAN 6 GARUT
- 2021-2026 : INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT