

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.A DENGAN
HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SAMARANG
BOBOKO RT 01/RW 01 DESA SAMARANG WILAYAH KERJA UPT
PUSKESMAS SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh:

AFIFAH ALAWIYAH
KHGA22097



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.A
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
KAMPUNG SAMARANG BOBOKO RT 01/RW 01 DESA
SAMARANG WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS
SAMARANG GARUT**

PENULIS : AFIFAH ALAWIYAH
NIM : KHGA22097

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing



Dede Suharta, S.Kep., M.Pd

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.A
DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI
KAMPUNG SAMARANG BOBOKO RT 01/RW 01 DESA
SAMARANG WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS
SAMARANG GARUT**

PENULIS : AFIFAH ALAWIYAH
NIM : KHGA22097

Garut, Juli 2025
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II



Tantri Puspita, S.Kep., Ners., M.N.S



Dr. NS. Iwan Wahyudi, M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



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

Mengesahkan,
Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah



Dede Suharta, S.Kep., M.Pd

ABSTRAK

IV Bab, 97 Halaman, 21 Tabel, 2 Bagan, 4 Lampiran

Peningkatan jumlah lansia secara global, termasuk di Indonesia, menimbulkan tantangan kesehatan yang signifikan, terutama terkait prevalensi penyakit tidak menular seperti hipertensi. Studi kasus ini bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan holistik pada lansia dengan hipertensi di wilayah kerja UPT Puskesmas Samarang, Kabupaten Garut menggunakan pendekatan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pengumpulan data dalam penulisan karya tulis ilmiah ini dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, partisipasi aktif, studi dokumentasi dan studi kepustakaan. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa hipertensi pada lansia memerlukan penanganan komprehensif untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Asuhan keperawatan yang diberikan meliputi pengkajian status kesehatan, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta dokumentasi secara sistematis. Studi ini menegaskan pentingnya peran perawat dalam memberikan perawatan pada lansia dengan hipertensi, serta pentingnya edukasi kepada lansia dan keluarga untuk mendukung pengelolaan hipertensi dan mendukung keberhasilan intervensi keperawatan secara optimal. Diharapkan hasil karya tulis ini dapat meningkatkan pemahaman dan kesadaran tenaga kesehatan dalam pengelolaan hipertensi pada lansia secara menyeluruh dan berkesinambungan.

Kata kunci: Lansia, Hipertensi, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 24 buah (2015-2024)

ABSTRACT

Chapter IV, 97 Pages, 21 Tables, 2 Charts, 4 Appendices

The global increase in the elderly population, including in Indonesia, presents significant health challenges, particularly related to the prevalence of non-communicable diseases such as hypertension. This case study aims to describe holistic nursing care for the elderly with hypertension in the working area of UPT Puskesmas Samarang, Garut Regency, using a biological, psychological, social, and spiritual approach. Data collection in this scientific paper was conducted through interviews, observation, physical examination, active participation, document review, and literature study. The assessment results show that hypertension in the elderly requires comprehensive management to prevent complications and improve the quality of life. The nursing care provided includes health status assessment, nursing diagnoses, planning, implementation, evaluation, and systematic documentation. This study emphasizes the important role of nurses in caring for the elderly with hypertension, as well as the importance of educating the elderly and their families to support hypertension management and ensure the success of nursing interventions. It is expected that the results of this paper can enhance healthcare workers' understanding and awareness in the holistic and continuous management of hypertension in the elderly.

Keywords: Elderly, Hypertension, Nursing Care

References: 24 sources (2015–2024)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ini. Solawat serta salam semoga tercurah limpahkan kepada Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya dan semoga sampai kepada kita selaku umatnya.

Atas karunia dan izin Allah serta doa kedua orang tua, serta dukungan dari orang terdekat, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. A dengan Hipertensi pada KATZ Indeks A di Kampung Samarang Boboko RT/RW 01/01 Desa Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Garut”**. Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis seringkali mengalami kendala namun berkat bimbingan, nasihat dan dukungan yang besar dari pembimbing dan orang tersayang penulis. Maka dari itu penulis mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA., selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., Ners., M.Kep., selaku ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Dede Suharta, S.Kep., M.Pd., selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Penulis mengucapkan banyak terimakasih karena telah membimbing dengan sangat baik dan selalu membantu serta memberi motivasi selama proses penyusunan karya tulis ini, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan baik dan tepat waktu.
6. Kepada Ibu Tantri Puspita, S.Kep., Ners., M.N.S., selaku penguji 1 penulis mengucapkan banyak terimakasih atas arahan dan bimbingannya.
7. Kepada Bapak Dr. NS. Iwan Wahyudi, M.Kep., selaku penguji 2 penulis mengucapkan banyak terimakasih atas arahan dan bimbingannya.
8. Seluruh staf dosen keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat, terimakasih atas kesabaran dan ketelitian dalam mendidik mahasiswa/i, serta dorongan dan motivasi untuk terus mengembangkan pemahaman kami selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Kepada kedua orang tua yang terkasih dan tersayang. Ibu Ai dan Bapak Aminudin, terimakasih yang amat sangat banyak atas cinta yang tak pernah henti mengalir, doa yang tak henti terlantunkan selalu menyertai setiap langkah penulis. Pengorbanan yang tak terhitung mengalahkan dunia dan seisinya. Serta tenaga dan materi yang selalu diberikan kepada penulis.
10. Kepada kakak-kakak tercinta Elis Sumiati, Ai Maryani, Yuyun Yuningsih, Siti Fatimah, Acep Saepul M, Ajang Idrus E, Lilis Anisa H, Firman Nurdiansyah,

Muhammad Husen, Neneng Siti Rohimah dan Witri Nurmi'raj Dini, penulis haturkan banyak terimakasih karena telah memberikan kasih sayang, dukungan, motivasi dan juga doa yang selalu menyertai kehidupan penulis.

11. Kepada ipar penulis Adi Sucipto, Pipin Syaripudin, Mukhlis Munawar, Resti Fuziah, Risma dan Risti Mulyani yang selalu memberi semangat serta doa, terimakasih penulis ucapkan untuk segalanya.
12. Kepada 17 keponakan tersayang yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terimakasih karena selalu menghibur penulis dan membersamai hari-hari penulis yang terkadang terasa begitu berat.
13. Kepada teman-teman seperjuangan Pepi Pauziah, Aulia Putrisari, Karina Sukmawati, Raisa Ulfadilah, Nisa Fauziyyah, Uly Ma'rifah, Risma Nuraeni, Manal Nur Laela S, dan seluruh teman kelas 3B D3 Keperawatan penulis ucapkan terimakasih karena telah menjadi bagian dari perjalanan menimba ilmu di kampus tercinta, juga telah berpartisipasi dan banyak membantu dalam kehidupan penulis. Kehadiran kalian bukan hanya menjadi penyemangat dalam menyelesaikan setiap tugas dan tantangan akademik, tetapi juga menjadi sumber kekuatan dan motivasi dalam menjalani hari-hari yang penuh suka dan duka di bangku perkuliahan. Terima kasih telah berbagi tawa, cerita, ilmu, dan pengalaman yang sangat berharga.
14. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah banyak membantu selama penyusunan karya tulis ini.

15. *Last but not least*, kepada diri saya sendiri. Terimakasih karena sudah berjuang menempuh perjalanan panjang ini, *it takes a long time. Always be grateful and spread kindness.*

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	4
C. Metode Telaahan	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Lansia.....	8
1. Definisi Lanjut Usia	8
2. Batasan Lanjut Usia	8
3. Tipe Lansia	9
4. Proses Menua	10
5. Perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia.....	13
6. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Proses Penuaan	15
B. Konsep Dasar Penyakit	16
1. Definisi Hipertensi	16
2. Etiologi.....	17
3. Manifestasi Klinis	17
4. Klasifikasi Hipertensi.....	18
5. Patofisiologi	18
6. Komplikasi	21
7. Penatalaksanaan	21
8. Pemeriksaan Penunjang	23
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	23
1. Pengkajian.....	24

2. Diagnosis Keperawatan yang Mungkin Muncul.....	41
3. Perencanaan Keperawatan	42
4. Implementasi Keperawatan.....	54
5. Evaluasi Keperawatan.....	54
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	57
A. Tinjauan Kasus	57
1. Pengkajian.....	57
2. Diagnosis Keperawatan.....	73
3. Perencanaan Keperawatan	75
4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	78
5. Catatan Perkembangan.....	83
B. Pembahasan.....	86
1. Tahap Pengkajian	86
2. Tahap Diagnosis Keperawatan.....	87
3. Tahap Perencanaan.....	89
4. Tahap Implementasi	91
5. Tahap Evaluasi	91
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	93
A. Kesimpulan	93
1. Tahap Pengkajian	93
2. Tahap Diagnosis Keperawatan.....	93
3. Tahap Perencanaan.....	93
4. Tahap Implementasi	94
5. Tahap Evaluasi	94
6. Tahap Dokumentasi.....	94
B. Rekomendasi.....	94
DAFTAR PUSTAKA.....	96

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	5 Penyakit Terbanyak di UPT Puskesmas Samarang	3
Tabel 2. 1	Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO.....	18
Tabel 2. 2	Penilaian KATZ Indeks	29
Tabel 2. 3	Penilaian Barthel Indeks.....	30
Tabel 2. 4	Penilaian MMSE	32
Tabel 2. 5	Penilaian SPMSQ.....	35
Tabel 2. 6	Penilaian Keseimbangan	35
Tabel 2. 7	Analisa Data	36
Tabel 2. 8	SDKI, SLKI, SIKI.....	42
Tabel 3. 1	Aktivitas Sehari-hari.....	63
Tabel 3. 2	Penilaian KATZ Indeks	65
Tabel 3. 3	Penilaian Barthel Indeks.....	66
Tabel 3. 4	Penilaian MMSE	68
Tabel 3. 5	Penilaian SPMSQ.....	70
Tabel 3. 6	Penilaian Keseimbangan	71
Tabel 3. 7	Analisa Data	72
Tabel 3. 8	Perencanaan Keperawatan.....	75
Tabel 3. 9	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	78
Tabel 3. 10	Catatan Perkembangan Hari Ke-1	83
Tabel 3. 11	Catatan Perkembangan Hari Ke-2	84
Tabel 3. 12	Catatan Perkembangan Hari Ke-3.....	85

DAFTAR BAGAN

Bagan Pathway.....	20
Bagan Genogram.....	59

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran II : Leaflet

Lampiran III : Dokumentasi

Lampiran IV : Lembar Bimbingan

Lampiran V : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia adalah seseorang yang berusia lebih dari 65 tahun dan lansia bukan suatu penyakit melainkan suatu proses lanjutan yang dibuktikan dengan adanya penurunan kemampuan tubuh. Salah satu sindrom yang paling sering dijumpai pada lansia adalah nyeri. Ketika usia sudah 60 tahun, maka kejadian nyeri bisa berlipat ganda dan akan semakin meningkat setiap 10 tahun (Depkes RI, 2019).

Negara-negara di seluruh dunia, tanpa memandang status ekonominya, menghadapi tantangan dalam menghadapi peningkatan jumlah kelompok usia lanjut yang cenderung meningkat. Pada tahun 2050 jumlah penduduk lansia diperkirakan akan mencapai 2 milyar jiwa, dan sebanyak 80% dari lansia di dunia berada di negara dengan pendapatan rendah dan sedang (Kemenkes, 2022).

Data Badan Pusat Statistik (BPS) menyebutkan jumlah penduduk lansia meningkat dari 18 juta jiwa (7,6%) pada tahun 2010 menjadi 27 juta jiwa (10%) pada tahun 2020. Angka ini diperkirakan akan terus meningkat menjadi 40 juta jiwa (13,8%) pada tahun 2035.

Saat ini terjadi transisi epidemiologi dalam masalah kesehatan di Indonesia: prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM) cenderung meningkat, sedangkan PTM belum teratasi sepenuhnya. PTM menjadi masalah penting

karena perlunya dukungan dalam pencegahan dan pengendalian, salah satunya hipertensi yang merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang paling umum di Indonesia dan di seluruh dunia (Watung, 2024).

Cakupan pelayanan kesehatan penderita hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di Jawa Barat tahun 2023 sebesar 48,23 %. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk umur >18 tahun sebesar 34,4 mengalami penurunan dibandingkan hasil Riskesdas Tahun 2018 yaitu sebesar 39,6. Kabupaten/kota dengan cakupan pelayanan kesehatan penderita hipertensi tertinggi di Kabupaten Majalengka (130,78%), Kabupaten Sumedang (128,87%), dan Kota Bogor (122,25%). Sedangkan cakupan terendah berada di Kota Bandung (10,46%) (Dinkes, 2024).

Menurut BPS (2017) di Kabupaten Garut, hipertensi menjadi urutan ke 3 dari 10 penyakit terbanyak di Kabupaten Garut dengan jumlah penderita 76.663 jiwa. Kabupaten Garut memiliki 68 puskesmas. Salah satu wilayah kerjanya, UPT Puskesmas Samarang terdapat 6 desa dengan jumlah penduduk 37.808 jiwa. Desa tersebut adalah Desa Samarang dengan jumlah penduduk 9.210 jiwa, Desa Sirnasari 5.431 jiwa, Desa Cintakarya 6.029 jiwa, Desa Cintaasih 5.203, Desa Cintarasa 5.205, dan Desa Cintarakyat 6.730 jiwa.

Sedangkan total lansia yang berada di wilayah kerja UPT Puskesmas Samarang yaitu 7.059 jiwa, meliputi Desa Samarang dengan jumlah 2.069 jiwa, Desa Sirnasari 993 jiwa, Desa Cintakarya 1.126 jiwa, Desa Cintaasih 927 jiwa, Desa Cintarasa 805 jiwa dan Desa Cintarakyat 1.139 jiwa.

Tabel 1.1
5 Penyakit Terbanyak di UPT Puskesmas Samarang
pada Bulan Januari s.d Mei 2025

No	Nama Penyakit	Jumlah	Presentase
1	Hipertensi	652	48,37 %
2	Diabetes Melitus	525	38,94 %
3	ISPA	90	6,68 %
4	Dispepsia	45	3,34 %
5	Osteoarthritis	36	2,67 %
Total		1.348	100%

(sumber: Puskesmas Samarang)

Berdasarkan data yang diperoleh, penyakit hipertensi menjadi salah satu penyakit terbanyak diderita di wilayah kerja UPT Puskesmas Samarang yang berjumlah 652 jiwa dengan menduduki peringkat ke 1 dari 5 daftar penyakit terbanyak di Puskesmas Samarang.

Oleh karena itu, asuhan keperawatan yang holistik dan terencana sangat penting diberikan kepada lansia dengan hipertensi untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup lansia. Asuhan keperawatan ini meliputi proses penilaian kesehatan yang komprehensif, perencanaan yang sesuai, serta implementasi dan evaluasi yang baik dengan melibatkan aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual.

Berdasarkan uraian di atas, maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi dan disusun dalam bentuk karya tulis ilmiah yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.A DENGAN HIPERTENSI PADA KATZ INDEKS A DI KAMPUNG SAMARANG BOBOKO RT 01/RW 01 DESA SAMARANG KECAMATAN SAMARANG WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS SAMARANG GARUT”**.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan ini yaitu untuk meningkatkan pemahaman dan memperoleh pengalaman secara nyata dalam pemberian asuhan keperawatan yang telah penulis lakukan pada Tn.A dengan hipertensi pada KATZ indeks A melalui pendekatan aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual di Puskesmas Samarang Garut.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan karya tulis ini adalah diharapkan penulis :

- a. Mampu melakukan pengkajian status kesehatan serta mampu melakukan pengumpulan data hingga menganalisa data sampai menentukan prioritas masalah keperawatan pada klien lansia dengan hipertensi.
- b. Mampu membuat diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada lansia dengan hipertensi.
- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai diagnosis keperawatan dengan masalah hipertensi.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah disusun secara rasional berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki oleh penulis pada klien lansia dengan hipertensi.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan dari proses asuhan keperawatan secara sistematis.

- f. Mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan secara sistematis.

C. Metode Telaahan

Pada penyusunan karya tulis ilmiah ini dilakukan pendekatan asuhan keperawatan pada lansia yang berfokus pada masalah keperawatan yang muncul pada klien.

Metode yang digunakan pada penulisan karya tulis ilmiah ini berbentuk studi kasus. Beberapa teknik yang digunakan untuk pengumpulan data diantaranya adalah :

1. Wawancara

Teknik pengumpulan data yang pertama dilakukan adalah wawancara yang dilakukan dengan cara berkomunikasi langsung dengan klien. Wawancara dilakukan secara terarah di rumah Tn.A, selain dari klien penulis juga mendapatkan data dari keluarga klien.

2. Observasi

Observasi merupakan proses pengamatan langsung terhadap klien maupun lingkungan klien secara aktif ataupun pasif untuk mengamati kondisi fisik klien dan melakukan pengkajian khusus pada lansia berupa penilaian KATZ Indeks, Barthel Indeks, MMSE, SPMSQ dan Tes Keseimbangan.

3. Pemeriksaan fisik

Metode selanjutnya yang digunakan dalam pengumpulan data adalah dengan melakukan pemeriksaan fisik dengan menggunakan teknik

inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk mendapatkan data kesehatan klien yang objektif.

4. Partisipasi aktif

Metode ini penulis ikut terlibat dalam beberapa kegiatan untuk mengumpulkan data mengenai hipertensi seperti mengikuti kegiatan posbindu.

5. Studi Dokumentasi

Mempelajari data-data klien dan catatan yang berhubungan dengan masalah klien, serta dokumentasi mengenai penyakit hipertensi di Puskesmas Samarang.

6. Studi kepustakaan

Dalam penulisan karya tulis ini, penulis mengumpulkan data dari berbagai sumber seperti buku, jurnal dan beberapa artikel sebagai panduan untuk mendukung penulisan karya tulis ini dan permasalahan yang dihadapi pada klien lansia dengan hipertensi.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan dan mendapatkan gambaran yang lebih jelas, dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 bab yaitu:

BAB I : Pendahuluan, menjelaskan mengenai latar belakang, tujuan , metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan Teoritis, menjelaskan mengenai konsep dasar lansia, konsep dasar hipertensi dan konsep asuhan keperawatan hipertensi pada lansia.

BAB III : Tinjauan Kasus dan Pembahasan, berisi tentang tinjauan kasus yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan serta pembahasan.

BAB IV : Kesimpulan dan Rekomendasi, berisi kesimpulan penulis setelah menyelesaikan penulisan beserta rekomendasi untuk perbaikan di masa mendatang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia atau disebut juga lansia adalah individu yang berusia lebih dari 60 tahun yang mengalami keterbatasan kemampuan dalam melakukan kehidupan sehari-hari (Anindya, 2019).

Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, pengertian lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Lansia adalah penduduk yang mengalami proses penuaan secara terus-menerus yang dibuktikan dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu semakin rentan terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian (Hanum & Lubis, 2017).

Berdasarkan kedua pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa lansia merupakan seseorang atau individu yang telah mencapai tahap akhir kehidupan yang dibuktikan dengan usia 60 tahun lebih, dimana lansia ini memiliki kemampuan yang terbatas dalam aktivitas dan mengalami penurunan fungsi tubuh.

2. Batasan Lanjut Usia

Departemen Kesehatan RI (2015) mengelompokkan tingkat lansia menjadi tiga kelompok yaitu:

- a. Kelompok lansia dini (55-64 tahun)
- b. Kelompok lansia (65 tahun ke atas)
- c. Kelompok lansia risiko tinggi (>70 tahun)

Sedangkan Menurut WHO (2015) dalam Astuti (2024) batasan lansia dikelompokkan menjadi empat kelompok yaitu:

- a. Lansia usia pertengahan (middle age): 45-59 tahun
- b. Lansia usia lanjut (elderly): 60-74 tahun
- c. Lansia usia lanjut tua (old): 75-90 tahun
- d. Lansia usia sangat tua (very old): >90 tahun (Astuti, dkk., 2024)

3. Tipe Lansia

Menurut Kemenkes RI (2020) beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial dan ekonominya. Tipe tersebut sebagai berikut :

- a. Tipe arif bijaksana

Lansia dengan tipe ini biasanya kaya dengan hikmah, pengalaman, dapat menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, bersikap ramah, memiliki kesibukan, rendah hati, sederhana, memenuhi undangan, dermawan dan menjadi panutan.

- b. Tipe mandiri

Tipe ini dapat senang melakukan kegiatan sendiri, menyesuaikan diri dengan kegiatan yang baru apabila ada kegiatan yang hilang, pemilih dalam mencapai pekerjaan dan pergaulan.

c. Tipe tidak puas

Tipe ini biasanya memiliki konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik 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.

4. Proses Menua

Proses penuaan (*aging process*) merupakan suatu proses alami yang dibuktikan dengan adanya penurunan atau perubahan kondisi fisik, psikologis maupun sosial dalam berinteraksi dengan orang lain (Kuswati, dkk., 2020).

Menurut Departemen Kesehatan RI (2016) tentang proses menua yaitu :

a. Teori Biologi

1) Teori genetik dan mutasi (*somatic mutatic theory*)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh DNA dan setiap sel akan bermutasi sehingga mengalami penurunan fungsi sel.

2) Pemakaian dan rusak

Menurut teori ini disebutkan bahwa proses menua terjadi akibat kelebihan usaha dan stress yang menyebabkan sel tubuh menjadi lelah.

3) Teori auto imun

Menurut teori ini sistem imun melemah seiring berjalannya waktu karena beberapa sel saat metabolisme mungkin tidak mampu diproduksi dengan baik sehingga menimbulkan kelemahan pada jaringan tubuh.

4) Teori stres

Teori ini menjelaskan besarnya pengaruh jika stres berlebih pada penurunan sel-sel tubuh.

5) Teori radikal bebas

Teori ini menjelaskan bahwa radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas, pembentukan yang tidak stabil mengakibatkan oksidasi bahan organik seperti karbohidrat dan protein yang berdampak pada ketidakmampuan sel untuk beregenerasi.

6) Teori rantai silang

Sel yang sudah tua akan menghasilkan reaksi kimia ikatan yang kuat seperti kolagen. Ikatan ini akan menyebabkan berkurangnya elastisitas dan hilangnya fungsi jaringan tersebut.

7) Teori program

Teori ini menjelaskan kemampuan organisme untuk mengatur pembelahan jumlah sel setelah sel-sel tersebut mengalami kematian.

b. Teori Kejiwaan Sosial

1) Teori aktivitas

Teori ini menunjukkan kecenderungan penurunan jumlah kegiatan pada lansia, sehingga dapat disimpulkan bahwa lansia yang berhasil adalah lansia yang tetap aktif dan terlibat dalam berbagai kegiatan.

2) Teori kepribadian berlanjut (*continuity theory*)

Kepribadian atau perilaku pada lansia cenderung tidak berubah, namun perubahannya dipengaruhi oleh tipe kepribadian yang dimilikinya.

3) Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Teori yang menjelaskan bahwa lansia mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya, yang menyebabkan penurunan kualitas sosial sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loss*) yakni kehilangan peran, hambatan kontak sosial dan berkurangnya kontak komitmen.

5. Perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia

Perubahan yang terjadi pada lansia seiring berjalannya waktu mengakibatkan banyak penurunan kondisi baik itu kondisi fisiologis atau kondisi psikososial.

a. Perubahan fisiologis

Perubahan fisiologis yang terjadi pada lansia menurut Yulistanti (2023) diantaranya :

1) Sistem pernafasan

Mengalami penurunan karena otot pernafasan kaku dan kehilangan kekuatan, sehingga volume udara inspirasi berkurang yang menyebabkan pernafasan cepat dan dangkal.

2) Pendengaran

Menurunnya pendengaran pada lansia terjadi karena degenerasi primer.

3) Panca indera

Penglihatan pada lansia terjadi penurunan karena adanya perubahan pada lensa mata, iris, pupil dan retina. Perubahannya seperti rabun dan menurunnya lapang pandang.

4) Sistem kardiovaskuler

Penurunan fungsi kardiovaskuler menyebabkan penebalan katup jantung menjadi kaku sehingga kemampuan memompa darah menurun yang bisa menyebabkan tekanan darah menurun dan juga meningkat.

5) Sistem integumen (kulit)

Masalah pada kulit yang sering ditemukan pada lansia adalah: kulit keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kering dan tidak elastis, kulit pucat dan terdapat bintik-bintik hitam akibat menurunnya aliran darah, kuku menjadi tebal dan rapuh, pertumbuhan rambut berhenti sehingga rambut menipis dan warna menjadi kelabu.

6) Sistem pencernaan

Penurunan fungsi otot pencernaan, gangguan mengunyah dan menelan, kehilangan gigi, perubahan nafsu makan, peristaltik lemah dan timbul konstipasi.

7) Sistem muskuloskeletal

Kelenturan, kekuatan otot, dan daya tahan sistem muskuloskeletal umumnya berkurang, kerapuhan tulang, sendi kaku dan tinggi badan berkurang.

8) Sistem endokrin

Hampir semua produksi hormon menurun.

b. Perubahan psikososial

Perubahan yang terjadi pada lansia akan menjadi suatu stressor bagi lansia, yang menyebabkan masalah atau gangguan psikologis pada lansia, salah satunya rasa takut kematian, merasa bosan dan tidak berguna. Semula lansia memiliki kebiasaan bertemu dengan rekan kerja sekarang lansia hanya berdiam diri di rumah tanpa melakukan

kegiatan apapun, serta adanya penyakit membuat lansia kurang bersosialisasi dengan lingkungan (Nurwujayanti, dkk., 2020).

6. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Proses Penuaan

Perubahan yang terjadi pada lansia dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dibagi menjadi dua kategori (Astuti, dkk., 2024) :

a. Faktor internal

- 1) Genetika, gen yang diwariskan dapat mempengaruhi kecepatan dan cara penuaan, termasuk risiko penyakit kronis yang terkait dengan usia, seperti Alzheimer dan penyakit jantung (Andrade, dkk., 2023).
- 2) Hormon, akan mengalami penurunan. Pada wanita setelah menopause akan mengalami penurunan hormon estrogen, pada pria penurunan hormon testosteron. Penurunan hormon tersebut berdampak pada proses penuaan.
- 3) Metabolisme, metabolisme menurun seiring bertambahnya usia.
- 4) Sistem kekebalan tubuh, seiring bertambah usia kekebalan tubuh akan ikut melemah sehingga rentan terkena penyakit.
- 5) Sistem sel, jumlah sel juga akan mengalami penurunan yang mempengaruhi proses penuaan.
- 6) Sistem organ, akan terjadi banyak perubahan atau penurunan fungsi pada sistem organ.

b. Faktor eksternal

- 1) Perubahan sosial
- 2) Perubahan psikologi, seperti penurunan fungsi kognitif dan aktivitas fisik.
- 3) Perubahan lingkungan, berpengaruh terhadap proses penuaan salah satunya polusi dan radiasi ultraviolet.
- 4) Gaya hidup, kebiasaan tidak sehat dapat mempercepat penuaan begitu pun sebaliknya.
- 5) Stressor

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah kondisi ketika seseorang mengalami kenaikan tekanan darah baik secara lambat atau mendadak (Hanum & Lubis, 2017).

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan kronis yang dibuktikan dengan meningkatnya tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri. Seseorang dikatakan hipertensi jika pemeriksaan tekanan darah menunjukkan hasil 140/90 mmHg atau lebih dalam keadaan istirahat, dengan dua kali pemeriksaan dengan selisih waktu lima menit (Octaviane, dkk., 2022).

Berdasarkan kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih.

2. Etiologi

Menurut (Delfriana, dkk., 2022) penyebab hipertensi dibedakan menjadi dua jenis yaitu :

a. Hipertensi primer

Hipertensi primer atau juga dikenal sebagai hipertensi esensial yang tidak jelas penyebabnya. Jenis hipertensi ini yang paling umum dan mempengaruhi banyak orang. Berikut beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan seseorang menderita hipertensi primer: usia, jenis kelamin, genetika, merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak, kurang aktivitas fisik, obesitas, stres dan konsumsi alkohol.

b. Hipertensi sekunder

Berbeda dengan hipertensi primer, hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang diketahui penyebabnya. Biasanya dibuktikan dengan adanya kelainan pada ginjal serta hipertiroid.

3. Manifestasi Klinis

Menurut Triyanto dalam Rika Widianita (2023) gejala klinis yang sering muncul pada penderita hipertensi biasanya berupa :

- a. Pusing
- b. Mudah marah
- c. Telinga berdengung
- d. Sukar tidur
- e. Sesak nafas
- f. Rasa berat di tengkuk

- g. Mudah lelah
- h. Mata berkunang-kunang

4. Klasifikasi Hipertensi

WHO (World Health Organization) telah mengelompokkan hipertensi dalam klasifikasi optimal, normal, normal-tinggi, hipertensi ringan, hipertensi sedang, hipertensi berat dan hipertensi sistol terisolasi.

Tabel 2. 1
Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO

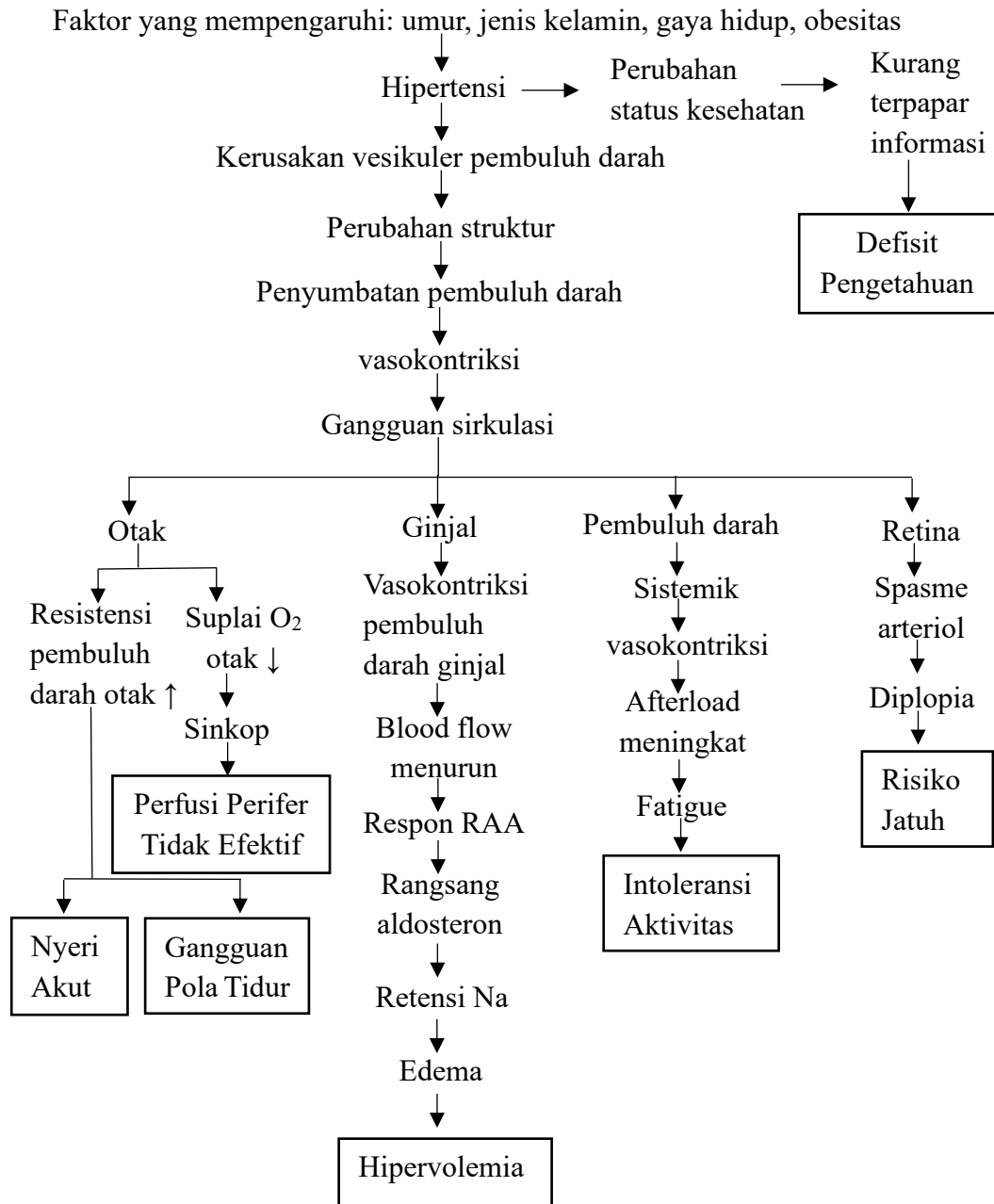
Kategori	Tekanann Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal-Tinggi	130-139	85-89
Tingkat 1 (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Tingkat 2 (hipertensi sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (hipertensi berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistol terisolasi	≥ 140	<90

5. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya hipertensi melibatkan pembentukan angiotensin II dari angiotensin I melalui enzim Angiotensin Converting Enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi oleh hati. Hormon renin yang dihasilkan oleh ginjal, mengubah angiotensinogen menjadi angiotensin I. selanjutnya di paru-paru, ACE mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Angiotensin II berperan penting dalam meningkatkan tekanan darah melalui dua aksi utama (Prayitnaningsih et al., 2021).

Aksi pertama adalah dengan meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (bagian dari kelenjar pituitari) dan berfungsi di ginjal untuk mengatur osmolaritas serta volume urin. Ketika kadar ADH meningkat, jumlah urin yang dikeluarkan menjadi sangat sedikit (antidiuresis), sehingga urin menjadi lebih pekat dan memiliki osmolaritas yang tinggi. Untuk mengencerkan urin tersebut, volume cairan ekstraseluler akan meningkat dengan menarik cairan dari bagian intraseluler. Hal ini menyebabkan peningkatan volume darah, yang pada akhirnya meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal (Prayitnaningsih, 2021).

PATHWAY



(Sumber : Nurarif dan Hadi, 2015)

Bagan Pathway

6. Komplikasi

Menurut Widianita (2023) Penyakit hipertensi jika tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan komplikasi berupa :

- a. Serangan jantung
- b. Stroke
- c. Gangguan pada arteri
- d. Penyakit pernafasan
- e. Diabetes
- f. Gangguan penglihatan
- g. Penyakit ginjal

7. Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan tekanan darah sampai normal atau sampai level paling rendah yang masih dapat ditoleransi oleh penderita dan mencegah komplikasi yang mungkin muncul (Kartikasari & Afif, 2021). Penatalaksanaan hipertensi yaitu :

- a. Penatalaksanaan umum (non farmakologi)
 - 1) Diet rendah natrium

Asupan natrium dibatasi 800 mg/hari, asupan magnesium memenuhi kebutuhan harian 240-1000 mg/hari.
 - 2) Diet rendah lemak dapat menurunkan tekanan darah
 - 3) Berhenti merokok dan berhenti mengonsumsi alkohol
 - 4) Menurunkan berat badan agar kembali mencapai status gizi normal

5) Rajin olahraga

b. Penatalaksanaan Farmakologi (medikamentosa)

1) Golongan diuretik

Obat yang memperbanyak kencing dan mempertinggi pengeluaran garam (mis: spironolactone, chlortalidone dan indopanide).

2) Beta-blocker

Kerja obatnya melalui penurunan laju nadi daya pompa jantung, sehingga mengurangi kontraksi jantung yang akan menurunkan tekanan darah (mis: propranolol dan atenolol).

3) Golongan penghambat Angiotensin Converting Enzyme (ACE) dan Angiotensin Receptor Blocker (ARB)

Menghambat pembentukan hormon angiotensin II yaitu hormon yang menyebabkan terjadinya penyempitan pembuluh darah. ACE dan ARB mempunyai efek vasodilatasi (mis: captopril dan enalapril).

4) Calcium Channel Blocker (CCB)

Menghambat kalsium masuk ke dalam sel pembuluh darah arteri, sehingga menyebabkan dilatasi arteri koroner dan arteri perifer (mis: nifedipine long acting dan amlodipine).

5) Golongan antihipertensi lain

Obat-obatan yang bekerja sentral, karena efek samping yang signifikan (mis: prazosin dan terazosin).

8. Pemeriksaan Penunjang

Pada penderita hipertensi pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan menurut (Ummah, 2019) adalah sebagai berikut :

a. Laboratorium

Periksa darah rutin, ureum, kreatinin, glukosa darah dan elektrolit.

Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat viskositas serta indikator risiko hiperkoagulabilitas.

b. Elektrokardiografi (EKG)

Untuk mendeteksi risiko komplikasi kardiovaskuler pada penderita hipertensi seperti infark miokard atau gagal jantung.

c. Foto thoraks

d. USG

e. Ekokardiografi

f. CT scan kepala

Untuk mengetahui kondisi pembuluh darah ke otak.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada lansia bertujuan agar lansia dapat melakukan kehidupan sehari-harinya dengan tenang dan produktif. Asuhan keperawatan ini mencakup aspek bio-psiko-sosial-kultural dengan menggunakan pendekatan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Menurut (Yulistanti., 2023) pengkajian keperawatan lansia merupakan suatu tindakan pengamatan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosis masalah, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia.

a. Identitas

Identitas meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, tanggal lahir, pekerjaan, pendidikan, alamat, agama dan suku/bangsa.

Pada bagian identitas kaji juga identitas penanggung jawab.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama adalah pernyataan yang disampaikan pasien dengan bahasa sendiri sebagai penyebab utama pasien untuk mencari bantuan kesehatan. Keluhan utama dapat berupa nyeri, gejala tidak enak, kehilangan fungsi normal, perubahan dari tubuh dan lain-lain (Yuliati, 2017). Biasanya pada penderita hipertensi mengeluh nyeri kepala atau rasa berat di tengkuk.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang adalah rincian gambaran dari keluhan utama pada pasien. Untuk membuat riwayat kesehatan sekarang gunakan format PQRST serta kejadian yang memperberat keluhan dan gejala klinik yang menyertai (Yuliati, 2017).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat penyakit dahulu adalah catatan tentang penyakit dan pengobatan yang dialami pasien pada masa lalu. Kaji apakah mempunyai riwayat penyakit menular serta kaji sudah berapa lama menderita hipertensi.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji di keluarga klien apakah ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti klien atau penyakit keturunan lain seperti diabetes, kaji juga adakah keluarga yang memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS, Hepatitis dan lain sebagainya.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kaji tingkat kesadaran klien dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), kaji juga tanda-tanda vital klien, berat badan dan juga tinggi badan.

2) Pemeriksaan head to toe

Pemeriksaan head to toe dilakukan dari ujung kepala sampai ujung kaki dengan menggunakan teknik pemeriksaan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

a) Kepala

Inspeksi: bentuk kepala, warna rambut, pertumbuhan dan kondisi rambut, kebersihan kepala termasuk rambut,

penonjolan tulang, struktur wajah dan warna kulit. Palpasi: apakah terdapat benjolan atau luka, keadaan kulit kepala kasar atau halus.

b) Mata

Inspeksi: kesimetrisan posisi mata, kelopak mata, konjungtiva, pupil isokor atau anisokor, ketajaman penglihatan, adakah gangguan penglihatan, diplopia, dan kaji kelainan pada mata. Palpasi: tekanan intraokular pada mata.

c) Telinga

Kaji bentuk dan kesimetrisan telinga, keadaan telinga terdapat serumen atau tidak, fungsi pendengaran apakah masih bagus atau sudah berkurang.

d) Hidung

Kaji ada pernafasan cuping hidung atau tidak, kesimetrisan lubang hidung, fungsi penciuman masih baik atau tidak.

e) Mulut dan tenggorokan

Inspeksi: bentuk bibir, warna, jumlah gigi, mukosa bibir, keadaan gusi adakah perdarahan atau tidak, kaji adakah pembesaran tonsil, menggunakan gigi palsu atau tidak, lidah masih bisa membedakan rasa.

f) Leher

Inspeksi: terdapat lesi atau tidak, kaji warna kulit. Palpasi: apakah terdapat pembesaran vena jugularis, denyut nadi karotis, adakah pembesaran kelenjar tiroid.

g) Dada

(1) Paru-paru

Inspeksi: dikaji bagaimana bentuk dada, apakah ada lesi atau tidak, frekuensi nafas. Palpasi: apakah terdapat benjolan, vocal fremitus (keseimbangan lapang paru). Perkusi: kaji suara paru. Auskultasi: apakah terdapat suara nafas tambahan.

(2) Jantung

Inspeksi: kekuatan denyut jantung dapat diobservasi dengan mengamati gerakan jantung pada dada. Perkusi: dikaji bagaimana suara jantung nya. Auskultasi: kaji suara jantung ada tambahan atau tidak, bagaimana bunyi jantung S1 dan S2.

h) Abdomen

Inspeksi: apakah terdapat edema atau lesi. Palpasi: apakah terdapat benjolan atau nyeri tekan dan pembesaran hepar. Perkusi: bagaimana suara abdomen apakah timpani atau apa. Auskultasi: bising usus.

i) Integumen

Kaji warna kulit, apakah ada lesi atau luka, kaji pigmentasi dan penyebaran warna kulit apakah merata atau tidak, adakah kemerahan, turgor kulit dan juga kelembapan.

j) Ginjal

Kaji apakah ada nyeri tekan pada bagian depan dan pinggang, adakah kelainan pada sistem pencernaan, frekuensi berkemih.

k) Genetalia

Kaji juga anus, kaji apakah ada kelainan pada anus juga genetalia.

l) Ekstremitas

Kaji adakah edema, pergerakan kaku atau tidak, CRT pada jari apakah normal, adakah nyeri sendi, kaji kekuatan otot.

3) Aktivitas sehari-hari

a) Pola nutrisi dan cairan

Pada bagian ini kaji mengenai kebiasaan makan klien, peningkatan nafsu makan, jenis makanan dan minuman, frekuensi makan dan minum serta keluhan dalam asupan nutrisi (mis: mual, muntah).

b) Pola eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan eliminasi dan keluhan yang dirasakan klien pada saat BAK dan BAB (Tarwoto & Wartonah, 2019).

c) Personal hygiene

Pada bagian ini kaji kebiasaan mandi, gosok gigi, frekuensi mengganti pakaian, keramas serta kaji apakah membutuhkan bantuan atau tidak.

d) Pola istirahat dan tidur

Kaji pola aktivitas tidur, lama tidur, gangguan tidur dan kualitas tidur apakah nyenyak atau tidak.

d. Pengkajian fungsional

1) KATZ Indeks

Pemeriksaan KATZ Indeks dilakukan untuk mengetahui tingkat kemandirian klien dalam beberapa hal dengan kategori berdasarkan pengelompokan tabel di bawah ini:

Tabel 2. 2
Penilaian KATZ Indeks

Kategori KATZ Indeks	Kriteria
KATZ Indeks A	Kemandirian dalam hal makan, kontinensia (BAB,BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi
KATZ Indeks B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas
KATZ Indeks C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
KATZ Indeks D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan

	salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
KATZ Indeks E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
KATZ Indeks F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
KATZ Indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C,D,E atau F

2) Barthel Indeks

Barthel indeks merupakan suatu instrumen pengkajian yang digunakan untuk mengukur kemandirian dalam hal perawatan diri dan mobilitas, serta dapat digunakan untuk mengukur kemampuan fungsional yang mengalami gangguan keseimbangan.

Tabel 2. 3
Penilaian Barthel Indeks

No	Kriteria	Dibantu	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
2	Minum	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya	5 atau 10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi:
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian,	5	10	

	menyeka tubuh, menyiram)			
6	Mandi	5	15	Frekuensi:
7	Jalan di permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
9	Mengenakan pakaian	5	15	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
10	Kontrol BAB	5	10	
11	Kontrol BAK	5	10	Frekuensi:
12	Olahraga/Latihan	5	10	
13	Rekreasi/pemanfaat an waktu luang	5	10	Frekuensi:

Interpretasi Hasil:

Skor 130 = Mandiri

Skor 65-125 = Ketergantungan Sebagian

Skor <65 = Ketergantungan Total

e. Pengkajian status emosional

Pertanyaan tahap 1:

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur?
- 2) Apakah klien sering merasa gelisah?
- 3) Apakah klien sering murung/menangis sendiri?
- 4) Apakah klien sering was-was atau khawatir?

Catatan: jika ada jawaban “ya” ≥ 1 maka pertanyaan dilanjutkan ke tahap 2

Pertanyaan tahap 2:

- 1) Adakah keluhan > dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?
- 2) Adakah keluhan >1 kali dalam 1 bulan terakhir?

- 3) Adakah masalah atau banyak pikiran?
- 4) Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga?
- 5) Apakah klien gunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
- 6) Apakah klien cenderung mengurung diri?

Interpretasi Hasil:

Bila klien memberikan jawaban “ya” ≥ 1 pada pertanyaan tahap 2, maka menunjukkan bahwa **masalah emosional positif (+)**.

f. Pengkajian status mental

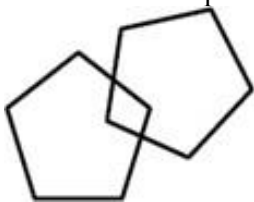
Terdapat dua pengkajian status mental yaitu MMSE dan SPMSQ untuk mengetahui fungsi intelektual pada lansia masih utuh atau tidak.

1) MMSE (Mini Mental State Examination)

Tabel 2. 4
Penilaian MMSE

No	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Pertanyaan (Kriteria)
Orientasi			
1	5		Menyebutkan dengan benar: 1) Tahun berapa sekarang? 2) Musim apa sekarang? 3) Tanggal berapa sekarang? 4) Hari apa sekarang? 5) Bulan apa sekarang?
	5		Menyebutkan dimana sekarang kita berada? 1) Negara apa? 2) Provinsi apa? 3) Kota apa? 4) Panti/Desa/Kampung apa? 5) Alamat Dimana?
2	Registrasi		
	3		Sebut nama 3 objek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap objek yang ditunjukkan), lalu tanya kembali ketiga objek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 poin untuk tiap jawaban benar, lalu

			ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat. Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal maka tidak dapat dilakukan test pada aspek MENINGAT
3	Perhatian dan Kalkulasi		
	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 poin untuk tiap jawaban benar) 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65 Atau jika lansia tidak bisa berhitung, bisa mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar, 1 poin untuk setiap hurufnya), misal: DUNIA (eja: A-I-N-U-D)
4	Mengingat		
	3		Minta klien mengulangi ketiga objek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI), bila benar beri nilai 1 poin untuk setiap objek yang disebutkan
5	Bahasa		
	2		Memberi nama (naming) Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (misal jam tangan atau pensil), poin 1 untuk masing-masing jawaban benar
	1		Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya <i>“namun”, “tanpa”, “bila”</i> atau kata yang lebih sulit lagi: <i>“tak ada jika, dan, atau, tetapi”</i> Hanya 1 kali mencoba. Poin 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan
	3		Perintah 3 tahap (3 stage comment)

			Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai. Nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar
	1		Membaca (reading) Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat “Pejamkan Mata Anda” Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya.
	1		Menulis (writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subjek/kata benda dan predikat/kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar beri nilai 1 poin
	1		Menyalin (copying) Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 poin 

Interpretasi Hasil:

Nilai 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif/normal

Nilai 18-23 : Gangguan kognitif sedang

Nilai 0-17 : Gangguan kognitif berat

2) SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)

Tabel 2. 5
Penilaian SPMSQ

Skor Jawaban		No Soal	Pertanyaan	Jawaban
Benar	Salah			
		1	Tanggal berapa hari ini?	
		2	Hari apa sekarang?	
		3	Apa nama tempat ini?	
		4	Berapa nomor telepon anda? Atau dimana Alamat anda?	
		5	Berapa umur anda?	
		6	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)	
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	
		9	Siapa nama ibu anda?	
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengurangan	
		Jumlah skor total jawaban salah		

Keterangan:

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-3 = Fungsi intelektual utuh

Jumlah jawaban salah sebanyak 4-5 = Fungsi intelektual ringan

Jumlah jawaban salah sebanyak 6-8 = Fungsi intelektual sedang

Jumlah jawaban salah sebanyak 9-10 = Fungsi intelektual berat

g. Tes Keseimbangan pada Lansia

Tabel 2. 6
Penilaian Keseimbangan

No	Kriteria	Normal	Gangguan
A	Perubahan posisi/Gerakan keseimbangan		
1	Bangun dari kursi		
2	Duduk ke kursi		
3	Menahan dorongan pada sternum (3x)		
4	Mata tertutup		
5	Perputaran leher		
6	Gerakan menggapai sesuatu		
B	Komponen gaya berjalan atau Gerakan		
1	Berjalan sesuai perintah		

2	Kemampuan mengangkat kaki saat jalan		
3	Kontinuitas/konsisten dalam Langkah kaki/mengangkat kaki		
4	Kesimetrisan langkah		
5	Penyimpangan jalur saat berjalan		
6	Berbalik		

Interpretasi hasil:

0-5 = risiko jatuh

6-10 = risiko jatuh sedang

11-13 = risiko jatuh tinggi

h. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam mengembangkan daya pikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh pengalaman dan juga teori. Fungsi analisa data adalah untuk menginterpretasikan data dalam menganalisa data, mengidentifikasi masalah, perumusan masalah, penegakan diagnosis dan pengambilan keputusan.

Tabel 2. 7
Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
Gejala dan Tanda mayor DS: 1. Mengeluh nyeri DO: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat	Faktor yang mempengaruhi: umur jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓	Nyeri Akut

5. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor DS:- 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	Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah otak meningkat ↓ Nyeri akut	
Tanda dan Gejala Mayor DS:- DO: 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat Tanda dan Gejala Minor DS: 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermitter) DO: 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial <0,90	Faktor yang mempengaruhi: umur jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Suplai oksigen otak menurun ↓ Sinkop ↓ Perfusi perifer tidak efektif	Perfusi Perifer Tidak Efektif

Tanda dan Gejala Mayor DS: 1. Menanyakan masalah yang dihadapi DO: 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Tanda dan Gejala Minor DS:- DO: 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis: apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	Faktor yang mempengaruhi: umur jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit pengetahuan	Defisit Pengetahuan
Gejala dan Tanda 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:- Gejala dan Tanda Minor DS:	Faktor yang mempengaruhi: umur jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓	Gangguan Pola Tidur

1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun DO:-	Otak ↓ Resistensi pembuluh darah otak meningkat ↓ Gangguan pola tidur	
Gejala dan Tanda Mayor DS:- SO:- Gejala dan Tanda Minor DS:- DO:-	Faktor yang mempengaruhi: umur jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Retina ↓ Spasme arterioli ↓ Diplopia ↓ Risiko jatuh	Risiko Jatuh
Gejala dan Tanda Mayor DS: 1. Mengeluh Lelah DO: 1. Frekuensi jantung meningkat ≥ 20 % dari kondisi istirahat Gejala dan Tanda Minor DS:	Faktor yang mempengaruhi: umur jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah	Intoleransi Aktivitas

1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah DO: 1. Tekanan darah berubah $\geq 20\%$ dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukan iskemia 4. Sianosis	↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Pembuluh darah ↓ Sistematik ↓ Vasokonstriksi ↓ Afterload meningkat ↓ Fatigue ↓ Intoleransi aktivitas	
Gejala dan Tanda Mayor DS: 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxymal nocturnal dispnea (PND) DO: 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) 4. Refleks hepatojugular positif Gejala dan Tanda Minor	Faktor yang mempengaruhi: umur jenis kelamin, gaya hidup, obesitas ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Ginjal ↓ Vasokonstriksi pembuluh darah ginjal ↓ Bloodflow menurun	Hipervolemia

DS:		
1. -		
DO:		
1. Distensi vena jugularis	↓ Respon RAA	
2. Terdengar suara napas tambahan	↓ Rangsang aldosteron	
3. Hepatomegali	↓ Retensi Na	
4. Kadar Hb/Ht turun	↓ Edema	
5. Oliguria	↓ Hipervolemia	
6. Intake lebih banyak dari output (balance cairan positif)		
7. Kongesti paru		

2. Diagnosis Keperawatan yang Mungkin Muncul

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

Pada kasus dengan hipertensi, ada beberapa diagnosis yang mungkin muncul diantaranya adalah:

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala
- Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

- e. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- g. Risiko jatuh

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Tampubolon, 2020).

Sehingga perencanaan dapat diartikan juga sebagai rencana tindakan yang akan dilakukan pada tahap proses keperawatan selanjutnya.

Tabel 2. 8
SDKI, SLKI, SIKI

SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
D.0077 Nyeri akut	L.08066 Tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5)	I.08238 Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan

	4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5)	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan,	melalui non verbal 4. Untuk mengetahui nyeri pasien ketika bertambah berat dan berkurang 5. Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang nyeri nya 6. Untuk mengetahui sejauh mana pengaruh budaya mempengaruhi nyeri yang dirasa klien 7. Untuk mencegah penurunan kualitas hidup klien akibat nyeri 8. Agar mengetahui sejauh mana terapi komplementer berpengaruh terhadap nyeri klien 9. Untuk mengetahui efek samping analgetik yang mungkin dirasakan pasien Terapeutik 1. Untuk mengurangi
--	--	--	---

		pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu	nyeri selain dengan farmakologis 2. Untuk mengurangi faktor yang dapat memperberat nyeri 3. Untuk menenangkan dan membantu klien beristirahat 4. Untuk mengetahui jenis nyeri yang dirasa klien untuk menentukan strategi dalam mengatasi nyeri Edukasi 1. Agar pasien dapat mengetahui penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Agar klien dapat melakukan strategi mengurangi nyeri sehingga nyeri berkurang 3. untuk meningkatkan proses penyembuhan dengan pemberian analgesic yang tepat sehingga tidak terjadi
--	--	--	---

			resisrensi terhadap obat 4. Agar klien dapat melakukan teknik nonfarmakologis 5. untuk mengurangi dan meredakan rasa nyeri Kolaborasi 1. Untuk mempercepat penyembuhan dan mengurangi rasa nyeri
D.0009 Perfusi perifer tidak efektif	L.02011 Perfusi perifer Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi perifer meningkat (5) 2. Warna kulit pucat menurun (5) 3. Pengisian kapiler membaik(5) 4. Akral membaik (5) 5. Turgor kulit membaik(5)	I.02060 Pemantauan tanda vital Observasi 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Monitor pernafasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri nadi 6. Monitor tekanan nadi (selisih tds dan tdd) 7. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik 1. Atur interval pemantauan	Observasi 1. Untuk mengetahui nilai tekanan darah klien 2. Untuk mengetahui frekuensi nadi klien 3. Untuk mengetahui frekuensi, kedalaman pernafasan klien 4. Untuk mengetahui suhu tubuh klien 5. Untuk mengetahui saturasi oksigen klien 6. Untuk mengetahui selisih nadi tds

		sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu	dan tdd pada klien 7. Untuk mengetahui faktor apa yang menyebabkan perubahan tanda vital pada klien Terapeutik 1. Agar pemantauan tanda-tanda vital terjadwal dan tidak mengganggu waktu istirahat klien 2. Untuk mengetahui perkembangan atau perubahan pada tanda-tanda vital klien Edukasi 1. Agar klien mengetahui maksud dan tujuan dilakukannya pemantauan 2. Agar klien mengetahui status perkembangan/kondisi kesehatannya
D.0111 Defisit pengetahuan	L.12111 Tingkat pengetahuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan	I.12383 Edukasi kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	Observasi 1. Untuk mengetahui sejauh mana kesiapan dan kemampuan klien dalam menerima informasi

	meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5) 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5) 4. Kemampuan menggambar kan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat (5) 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5) 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5) 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)	2. Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi hidup sehat Terapeutik 1. Untuk mempermudah dalam penyampaian informasi mengenai penkes 2. Agar audiens dapat hadir sesuai jadwal yang telah ditetapkan 3. Untuk menilai sejauh mana pemahaman klien dalam menerima informasi Edukasi 1. Agar klien mengetahui faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan 2. Agar klien terniasa hidup bersih dan sehat 3. Untuk mempermudah dan meningkatkan motivasi klien melakukan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	---	---

D.0055 Gangguan pola tidur	L.05045 Pola tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun (5) 2. Keluhan sering terjaga menurun (5) 3. Keluhan tidak puas tidur menurun (5) 4. Keluhan pola tidur berubah menurun (5) 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)	I.05174 Dukungan tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, the, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)	Observasi 1. Untuk mengetahui masalah yang dialami klien yang menggagu pola tidurnya 2. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur 3. Untuk mengetahui pengaruh makanan terhadap pengganggu tidur 4. Untuk mengetahui efek samping uang terjadi Terapeutik 1. Agar klien merasa nyaman 2. Agar klien mampu tidur cukup 3. Agar klien merasa tenang dan tidur tidak terganggu 4. Agar klien terbiasa dengan jadwal tidur yang rutin/terjadwal 5. Agar klien merasa nyaman dan rileks sehingga membuat tidur klien tidak terganggu
---	---	---	--

		6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya	6. Untuk meningkatkan kualitas tidur yang baik Edukasi 1. Agar klien mengetahui pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Agar jadwal tidur klien teratur 3. Agar mengurangi risiko tidur terganggu akibat efek makanan yang dikonsumsi 4. Agar mendapat efek tenang pada klien 5. Agar klien mengetahui dan paham terhadap faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur 6. Untuk mempercepat klien untuk tidur karena efek dari relaksasi
D.0143 Risiko jatuh	L.14138 Tingkat jatuh Setelah dilakukan	I.14540 Pencegahan jatuh Observasi	Observasi 1. Untuk mengetahui

	tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun (5) 2. Jatuh saat berdiri menurun (5) 3. Jatuh saat duduk menurun (5) 4. Jatuh saat berjalan menurun (5)	1. Identifikasi faktor jatuh (mis: >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan	faktor yang dapat mengakibatkan jatuh 2. Untuk mengetahui risiko jatuh pada klien setiap shift jaga 3. Untuk mengurangi risiko jatuh dengan mengidentifikasi faktor lingkungan 4. Untuk mengetahui skala risiko jatuh pada klien dengan menggunakan mfs 5. Untuk mengetahui kemampuan klien dalam berpindah dari tempat tidur ke kursi roda begitu sebaliknya Terapeutik 1. Agar klien dan keluarga mengetahui posisi ruangan untuk menghindari risiko jatuh 2. Agar klien tidak terjatuh karena roda tempat tidur dan kursi roda tidak terkunci
--	--	--	---

		kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk	3. Untuk menvegah jatuh klien saat sedang tidur 4. Utnuk mengurangi risiko terjatuh jika posisi tempat tidur dalam posisi rendah 5. Agar klien dengan risiko jatuh mudah terpantau oleh perawat 6. Agar klien yang memiliki kelainan pada saat berjalan dapat berjalan dengan baik dan terhindar dari risiko jatuh 7. Untuk mempermudah klien jika membutuhkan bantuan Edukasi 1. Agar klien tidak terjatuh 2. Untuk menurangi risiko terjatuh pada klien 3. Agar klien tetap fokus menjaga keseimbangan tubuh 4. Agar klien tidak terjatuh pada saat berdiri 5. Agar klien dapat dengan mudah
--	--	---	--

		memanggil perawat	memanggil perawat
D.0056 Intoleransi aktivitas	L.05047 Toleransi aktivitas Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan lelah menurun (5) 2. Dispnea saat aktivitas menurun (5) 3. Dispnea setelah aktivitas menurun (5) 4. Frekuensi nadi membaik (5)	I.05178 Manajemen energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan	Observasi 1. Untuk mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang akan dilakukan 2. Untuk mengetahui koping klien 3. Untuk menghindari kelelahan akibat kurang istirahat 4. Untuk mengetahui kemampuan dan batasan klien terkait aktivitas yang akan dilakukan Terapeutik 1. Untuk memberikan rasa aman dan nyaman kepada klien 2. Membantu meningkatkan rentang gerak klien dalam beraktivitas 3. Untuk memberikan rasa nyaman pada klien 4. Untuk mengurangi risiko

		aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	jatuh/sakit pada klien Edukasi 1. Agar mengurangi aktivitas berlebih sehingga dapat memulihkan energi kembali 2. Agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi jika tidak beraktivitas sama sekali 3. Untuk mengidentifikasi rencana tindakan selanjutnya yang dapat dilakukan oleh perawat 4. Agar mampu melakukan koping sehingga bisa mengatasi masalah dan mencegah timbulnya komplikasi Kolaborasi 1. Untuk meningkatkan energi klien jika asupan gizinya cukup
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan realisasi dari rencana keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Kurniawati, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan di mana dilakukan penilaian untuk menentukan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai. Dalam melakukan evaluasi, perawat perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami bagaimana pasien merespons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan untuk membuat kesimpulan tentang pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, serta kemampuan untuk menghubungkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan (Kurniawati, 2017).

Dibawah ini merupakan jenis-jenis evaluasi yang dapat dijadikan pedoman dalam proses keperawatan, diantaranya :

a. Evaluasi Formatif (Evaluasi Proses)

Merupakan evaluasi yang berfokus pada proses dan hasil tindakan keperawatan yang dilakukan segera setelah perawat menerapkan rencana keperawatan untuk menilai efektivitas tindakan tersebut.

b. Evaluasi Sumatif (Evaluasi Hasil)

Evaluasi ini dilakukan setelah semua aktivitas keperawatan selesai, yang bertujuan untuk memantau kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yaitu tujuan tercapai, tujuan tercapai sebagian dan tujuan tidak tercapai.

Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi perkembangan pasien, maka digunakan format evaluasi menggunakan metode SOAP/SOAPIE/SOAPIER.

S : Subjektif, adalah informasi yang berupa ungkapan ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan dilakukan.

O : Objektif, adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.

A : Analisa, membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, muncul masalah baru.

P : Planning, adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan.

I : Implementasi, adalah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang sudah disusun sesuai dengan keadaan dan untuk mengatasi masalah pasien.

E : Evaluasi, merupakan respon atau penilaian dari tindakan yang telah dilakukan.

R : Reassessment, merupakan perubahan rencana asuhan yang tepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telat dilakukan. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan ada atau tidaknya perbaikan atau perubahan intervensi dan tindakan (Kemenkes RI, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinajauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Nama	: Tn. A
Usia	: 63 Tahun
Tempat,Tanggal lahir	: Garut, 9 September 1962
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Alamat	: Kp. Samarang Boboko, RT 01/RW 01, Desa Samarang, Kecamatan Samarang
Pekerjaan	: Wiraswasta
Suku/Bangsa	: Sunda
Pendidikan	: SD
Status Perkawinan	: Kawin
Diagnosis Medis	: Hipertensi
Tanggal Pengkajian	: 24 April 2025

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. A
Jenis Kelamin	: Perempuan
Usia	: 61 Tahun
Hubungan dengan Klien	: Istri

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri kepala

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dikaji klien mengatakan hampir sudah 2 tahun memiliki penyakit darah tinggi dan terkadang terasa nyeri kepala karena tekanan darah yang tinggi. Nyeri dirasakan berdenyut seperti tertusuk-tusuk di bagian kepala menjalar ke tengkuk dengan skala 5 (0-10). Nyeri biasanya muncul dan memperberat ketika melakukan banyak aktivitas dan berkurang saat tidak melakukan aktivitas. Nyeri dirasa hilang timbul pada malam hari. Klien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri yang dirasa, juga klien tidak paham dengan penyakitnya terkait makanan yang perlu dihindari.

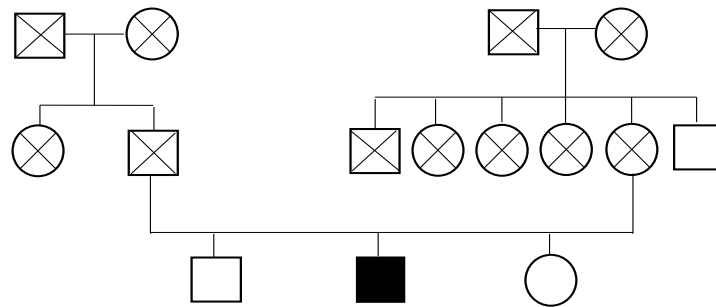
3) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak mempunyai riwayat penyakit yang cukup parah atau riwayat pernah dirawat di rumah sakit ataupun riwayat jatuh. Klien juga mengatakan dulu tidak menjaga pola makannya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa anggota keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi dan diabetes melitus, serta klien mengatakan tidak ada juga keluarga yang memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, hepatitis dan lain-lain.

Genogram



Keterangan

	= Laki-Laki
	= Perempuan
	= Pasien
	= Meninggal
	= Perkawinan

Bagan Genogram

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

a) Kesadaran : composmentis dengan GCS 15
(E4M6V5)

b) Penampilan : klien tampak bersih dan rapi

c) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital:

Tekanan Darah : 160/110 mmHg

Frekuensi Nadi : 86 x/menit

Suhu tubuh : 36,8°C

Frekuensi nafas : 21 x/menit

d) Antropometri

Tinggi Badan : 160 cm

Berat Badan : 55 kg

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

$$IMT = \frac{55 \text{ kg}}{1,6 \text{ m} \times 1,6 \text{ m}} = \frac{65 \text{ kg}}{1,6 \text{ m} \times 1,6 \text{ m}} = 21,48$$

Klien termasuk kategori berat badan yang ideal

2) Pemeriksaan Fisik Secara Head to Toe

a) Kepala dan rambut

Bentuk kepala *normalocephaly*, tidak ada benjolan. Warna rambut hitam sebagian putih (beruban), penyebaran rambut merata namun kurang lebat, keadaan bersih, rambut pendek.

b) Mata

Kedua mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, reflek pupil isokor (respon terhadap cahaya baik), pergerakan bola mata normal, penglihatan sudah menurun karena faktor usia dibuktikan dengan klien tidak dapat membaca jarak jauh. Lapang pandang normal, TIO normal.

c) Telinga

Telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada serumen pada telinga, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran (klien mampu mendengar dari jarak 1 meter).

d) Hidung

Lubang hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan. Penciuman baik, bisa mencium aroma kopi.

e) Mulut dan faring

Warna bibir hitam kecoklatan, mukosa bibir lembab, tidak ada lesi dan sianosis, tidak ada perdarahan gusi, gigi sudah tidak lengkap (2 sudah lepas), tidak ada gangguan menelan dan tidak ada pembesaran tonsil. Fungsi mengunyah baik, dapat membedakan rasa manis, pedas dan asam.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan vena jugularis, tidak ada lesi. Tidak ada nyeri tekan.

g) Dada

Bentuk dada secara umum datar, pergerakan dada kiri dan kanan sama.

(1) Paru - Paru

Suara paru normal (sonor), suara nafas vesikuler, frekuensi nafas 21 x/menit, tidak ada suara nafas tambahan.

(2) Jantung

Suara jantung normal (lup dub), tekanan darah 160/110 mmHg, irama jantung reguler, tidak ada rasa sakit pada saat di perkusi di daerah dada sebelah kiri.

h) Abdomen

Bentuk abdomen datar, tidak ada distensi abdomen, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, ada pergerakan dinding abdomen. Bising usus 14 x/menit, pada saat di perkusi terdengar bunyi timpani.

i) Ginjal

Tidak ada nyeri pada saat di perkusi bagian belakang dan depan. Frekuensi BAK 5-6 x/hari.

j) Genetalia

Fungsi genetalia normal.

k) Integumen

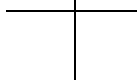
Kulit tampak keriput, elastisitas berkurang, tekstur kulit kasar, warna kulit sawo matang. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada luka dan tidak ada penyakit kulit, turgor kulit normal.

l) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Kedua tangan simetris kiri dan kanan, jari-jari lengkap, pada jari tangan CRT <2 detik, tidak ada edema, kedua tangan bisa digerakan ke segala arah.

Kekuatan otot: 5 | 5



(2) Ekstremitas bawah

Bentuk kaki normal, jari-jari lengkap, tidak ada edema, kedua kaki bisa digerakan ke segala arah, tidak ada kekakuan. Kekuatan otot:

5	5

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1
Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas	Sebelum Sakit	Saat Sakit
Nutrisi		
a. Makan		
Frekuensi	3 x/hari	3 x/hari
Jenis makanan	Nasi+lauk	Nasi+lauk pauk+
Porsi	pauk+sayur+buah	sayur+buah
Keluhan	1 porsi	1 porsi
b. Minum	Tidak ada	Tidak ada
Frekuensi		
Jenis	6 gelas/hari	7-8 gelas/hari
Keluhan	Air putih	Air putih
	Tidak ada	Tidak ada
Eliminasi		
a. BAK		
Frekuensi	4-5 x/hari	5-6 x/hari
Warna	Khas urin	Khas urin
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
b. BAB		
Frekuensi	1x/hari	1 x/hari
Warna	Khas feses	Khas feses
Konsistensi	Lembek	Lembek
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Personal hygiene		
a. Mandi	2 x/hari	1 x/hari
b. Gosok gigi	2 x/hari	2 x/hari
c. Keramas	3 x/minggu	3 x/minggu
d. Gunting kuku	1 x/minggu	1 x/minggu
e. Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

Istirahat tidur		
a. Tidur siang		
Lama tidur	1-2 jam	1 jam
Kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
Keluhan	Tidak ada	Kadang sukar tidur siang
b. Tidur malam		
Lama tidur	6-7 jam	4-5 jam
Kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
Keluhan	Tidak ada	Sukar tidur dan sering terbangun pada malam hari

e. Pola Kesehatan Fungsional

Klien mengatakan masih suka mengonsumsi makanan yang asin atau mengandung natrium dan juga lemak.

f. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

1) Data psikologis

Klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik, ini membuktikan keadaan emosional klien baik. Jika ada masalah klien menyelesaikannya dengan baik. Pada saat dikaji ekspresi wajah klien tampak meringis seperti menahan sakit dan tampak lemah.

2) Data sosial

Hubungan sosial klien baik dengan keluarga maupun orang lain, dibuktikan dengan klien sering mengikuti gotong royong di daerahnya walaupun klien tidak sepenuhnya membantu karena keadaan kesehatannya dan usia klien yang tidak memungkinkan.

3) Data spiritual

Klien mengatakan beragama islam dan klien mengatakan selalu melaksanakan kewajibannya sebagai umat islam yaitu solat 5 waktu.

Di samping itu juga klien sering mengikuti kegiatan pengajian yang diadakan di daerah tempat tinggalnya. Klien juga tidak pernah lupa berdoa atas kesembuhan penyakitnya.

g. Pengkajian Fungsional

1) KATZ Indeks

Tabel 3. 2
Penilaian KATZ Indeks

Kategori	Kriteria
KATZ Indeks A	Kemandirian dalam hal makan, kontinensia (BAB,BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi
KATZ Indeks B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas
KATZ Indeks C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
KATZ Indeks D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
KATZ Indeks E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
KATZ Indeks F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas.
KATZ Indeks G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat di klasifikasikan sebagai C,D,E atau F

Interpretasi Hasil:

Klien termasuk kategori KATZ Indeks A karena mandiri dalam hal makan, kontinensia (BAB,BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi.

2) Barthel Indeks

Tabel 3. 3
Penilaian Barthel Indeks

No	Kriteria	Dibantu	Mandiri	Skor
1	Makan	5	10	10
2	Minum	5	10	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya	5 atau 10	15	15
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	5
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	10
6	Mandi	5	15	15
7	Jalan di permukaan datar	0	5	5
8	Naik turun tangga	5	10	10
9	Mengenakan pakaian	5	15	15
10	Kontrol BAB	5	10	10
11	Kontrol BAK	5	10	10
12	Olahraga/Latihan	5	10	5
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	10
Jumlah				130

Interpretasi Hasil:

Klien termasuk ke dalam kategori mandiri dengan skor 130

h. Pengkajian Emosional

Pertanyaan tahap 1:

- 1) Apakah klien mengalami sukar tidur? **Ya**
- 2) Apakah klien sering merasa gelisah? **Tidak**
- 3) Apakah klien sering murung/menangis sendiri? **Tidak**
- 4) Apakah klien sering was-was atau khawatir? **Tidak**

Catatan: jika ada jawaban “ya” ≥ 1 maka pertanyaan dilanjutkan ke tahap 2

Pertanyaan tahap 2:

- 1) Adakah keluhan > dari 3 bula dalam 1 bulan terakhir? **Tidak**
- 2) Adakah keluhan >1 kali dalam 1 bulan terakhir? **Ya**
- 3) Adakah masalah atau banyak pikiran? **Tidak**
- 4) Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga? **Tidak**
- 5) Apakah klien gunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
Tidak
- 6) Apakah klien cenderung mengurung diri? **Tidak**

Interpretasi Hasil:

Klien memberikan jawaban “ya” 1 pada pertanyaan tahap 2, maka menunjukan bahwa **masalah emosional negatif (-)**

i. Pengkajian Status Mental

1) Mini Mental State Examination (MMSE)

Tabel 3. 4
Penilaian MMSE

No	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Pertanyaan (Kriteria)
Orientasi			
1	5	3	Menyebutkan dengan benar: 1) Tahun : 2025 2) Musim : Panas 3) Tanggal: - 4) Hari : Kamis 5) Bulan : -
	5	5	Menyebutkan dimana sekarang kita berada? 1) Negara : Indonesia 2) Provinsi : Jawa Barat 3) Kota apa : Garut 4) Desa : Samarang 5) Alamat : Samarang
2	Registrasi		
	3	3	Sebut nama 3 objek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap objek yang ditunjukkan), Meja Gelas Pulpen
3	Perhatian dan Kalkulasi		
	5	3	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 poin untuk tiap jawaban benar) 93 86 79
4	Mengingat		
	3	3	Minta klien mengulangi ketiga objek yang telah disebutkan pada nomor 2 (REGISTRASI).

			Meja Gelas Pulpen
5	Bahasa		
	2	2	Memberi nama (naming) Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya. Kursi Tas
	1	1	Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu Bisa, tidak bisa, harus bisa
	3	3	Perintah 3 tahap (3 stage comment) Ucapkan perintah terlebih dahulu. Ambil kertas, lipat lalu simpan
	1	1	Membaca (reading) Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat “Buku Pelajaran”
	1	0	Menulis (writing) Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat.
	1	0	Menyalin (copying) Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 poin  Klien tidak bisa
Skor		24	

Interpretasi Hasil:

Tidak ada gangguan kognitif karena skor MMSE Tn.A adalah 24

2) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Tabel 3. 5
Penilaian SPMSQ

Skor Jawaban		No	Pertanyaan	Jawaban
Benar	Salah			
	√	1	Tanggal berapa hari ini?	20
√		2	Hari apa sekarang?	Kamis
√		3	Apa nama tempat ini?	Rumah
√		4	Berapa nomor telepon anda? Atau dimana Alamat anda?	Samarang Boboko
√		5	Berapa umur anda?	63
	√	6	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)	-
√		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Prabowo
√		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	Jokowi
√		9	Siapa nama ibu anda?	Ibu. A
	√	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi sampai 3 kali pengurangan	-
7	3	Jumlah skor total jawaban salah		3

Interpretasi Hasil:

Berdasarkan hasil SPMSQ didapatkan skor jawaban salah 3

maknanya bahwa fungsi intelektual Tn.A utuh

j. Tes Keseimbangan pada Lansia

Tabel 3. 6
Penilaian Keseimbangan

No	Kriteria	Normal	Gangguan
A	Perubahan posisi/Gerakan keseimbangan		
1	Bangun dari kursi	√	
2	Duduk ke kursi	√	
3	Menahan dorongan pada sternum (3x)	√	
4	Mata tertutup	√	
5	Perputaran leher	√	
6	Gerakan menggapai sesuatu	√	
B	Komponen gaya berjalan atau Gerakan		
1	Berjalan sesuai perintah	√	
2	Kemampuan mengangkat kaki saat jalan	√	
3	Kontinuitas/konsisten dalam Langkah kaki/mengangkat kaki	√	
4	Kesimetrisan langkah	√	
5	Penyimpangan jalur saat berjalan	√	
6	Berbalik	√	

Interpretasi Hasil:

Pada tes keseimbangan didapatkan skor 0, artinya klien Tn. A tidak berisiko jatuh

k. Terapi Medis

Amlodipin 5 mg 1x1

1. Analisa Data

Tabel 3. 7
Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
DS: a. Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang menjalar hingga ke tengkuk b. Nyeri seperti ditusuk-tusuk c. Nyeri dirasa hilang timbul pada malam hari DO: a. Klien tampak meringis b. Skala nyeri 5 (0-10) c. TD: 160/110 mmHg N: 86x/menit R: 21x/menit S: 36,8°C	Faktor yang mempengaruhi: umur, jenis kelamin, gaya hidup ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah otak meningkat ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut (D.0077)
DS: a. Klien mengatakan sukar tidur dan tidur kurang nyenyak b. Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari DO : a. Klien tampak lemah b. Frekuensi tidur malam 4-5 jam	Faktor yang mempengaruhi: umur, jenis kelamin, gaya hidup ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vesikuler pembuluh darah ↓ Perubahan struktur ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi	Gangguan pola tidur (D.0055)

	↓ Gangguan sirkulasi ↓ Otak ↓ Resistensi pembuluh darah otak meningkat ↓ Gangguan pola tidur	
DS: a. Klien mengatakan suka mengonsumsi makanan yang mengandung natrium dan lemak DO: a. Klien tampak menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran	Faktor yang mempengaruhi: umur, jenis kelamin, gaya hidup ↓ Hipertensi ↓ Perubahan status kesehatan ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan (D.0111)

2. Diagnosis Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma) dibuktikan dengan:

DS :

- 1) Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang menjalar hingga ke tengkuk
- 2) Nyeri seperti ditusuk-tusuk
- 3) Nyeri dirasa hilang timbul pada malam hari

DO :

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Skala nyeri 5 (0-10)

3) Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 160/110 mmHg

Frekuensi Nadi : 86 x/menit

Suhu tubuh : 36,8°C

Frekuensi nafas : 21 x/menit

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala dibuktikan dengan:

DS :

- 1) Klien mengatakan sukar tidur dan tidur kurang nyenyak
- 2) Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari

DO :

- 1) Klien tampak lemah
- 2) Frekuensi tidur malam 4-5 jam

- c. Defisit pengetahuan tentang hipertensi dan diet hipertensi berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan:

DS :

- 1) Klien mengatakan suka mengonsumsi makanan yang mengandung natrium dan lemak

DO :

- 1) Klien tampak menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3. 8
Perencanaan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
D.0077 Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan: a. Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang menjalar hingga ke tengkuk b. P: nyeri kepala dan tengkuk Q: seperti ditusuk-tusuk R: kepala bagian belakang dan tengkuk S: skala 5 (0-10) T: hilang timbul DO: a. Klien tampak meringis	L.08066: Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 kali kunjungan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (skala nyeri menurun dari 5 menjadi 2) 2. Meringis menurun	I.08238: Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi mural) Edukasi 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan melalui non verbal 4. Untuk mengetahui nyeri pasien ketika bertambah berat dan berkurang Terapeutik 1. Untuk mengurangi nyeri selain dengan farmakologis Edukasi 1. untuk meningkatkan proses penyembuhan dengan pemberian analgesic yang

b. Skala 5(0-10) c. TD: 160/110 mmHg N: 86x/menit R: 21x,menit S: 36,8°C		2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri	tepat sehingga tidak terjadi resistensi terhadap obat 2. untuk mengurangi dan meredakan rasa nyeri
D.0055 Gangguan pola tidur b.d nyeri kepala dibuktikan dengan: DS : a. Klien mengatakan sulit tidur b. Klien mengatakan sering terbangun pada malam hari c. Klien mengeluh kurang puas tidur DO : a. Klien tampak lemah b. Frekuensi tidur malam 4-5 jam	L.05045 : Pola Tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 kali kunjungan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun	I.05174 : Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan 2. Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	Observasi 1. Untuk mengetahui masalah yang dialami klien yang mengganggu pola tidurnya 2. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur Terapeutik 1. Agar klien merasa nyaman 2. Agar klien terbiasa dengan jadwal tidur yang rutin/terjadwal Edukasi 1. Agar klien mengetahui pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Agar jadwal tidur klien teratur 3. Agar mengurangi risiko tidur terganggu akibat efek makanan yang dikonsumsi

D.0111 Defisit pengetahuan tentang hipertensi dan diit hipertensi b.d kurang terpapar informasi dibuktikan dengan: DS : a. Klien mengatakan tidak paham dengan penyakitnya DO : a. Klien tampak menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran b. Klien tampak bertanya	L.12111: Tingkat Pengetahuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 kali kunjungan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	I.1238: Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	Observasi 1. Untuk mengetahui sejauh mana kesiapan dan kemampuan klien dalam menerima informasi Terapeutik 1. Untuk mempermudah dalam penyampaian informasi mengenai penkes 2. Agar audiens dapat hadir sesuai jadwal yang telah ditetapkan 3. Untuk menilai sejauh mana pemahaman klien dalam menerima informasi Edukasi 1. Agar klien mengetahui faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan 2. Agar klien terniasa hidup bersih dan sehat
---	---	---	---

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 9
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosis	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut	Jum'at, 25 April 2025	Pukul 09.00 WIB Observasi 1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD: 160/110 mmHg N : 86 x/menit R : 21 x/menit S : 36,8°C 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: klien mengatakan nyeri di kepala menjalar ke bagian tengkuk, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul 3. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: skala nyeri 5 (0-10) 4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: klien tampak meringis	Pukul 09.20 WIB S: Klien mengatakan masih nyeri kepala dan nyeri menjalar ke tengkuk seperti ditusuk-tusuk O: 1. Klien masih tampak meringis 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. Klien tampak mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam 4. TD: 160/110 mmHg N : 86 x/menit R : 21 x/menit S : 36,8°C A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Afifah

		5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: klien mengatakan nyeri bertambah jika banyak beraktivitas dan berkurang jika istirahat Terapeutik 6. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Hasil: klien diberikan teknik relaksasi nafas dalam Edukasi 7. Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri Hasil: klien mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 8. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Hasil: klien tampak bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri terasa		
--	--	--	--	--

Gangguan pola tidur	Jum'at, 25 April 2025	Pukul 09.25 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil: klien tidur siang 30 menit-1 jam dan tidur malam 4-5 jam 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) Hasil: klien sulit tidur karena sakit kepala dan terbangun jika nyeri kepala dirasa kembali Terapeutik 3. Memodifikasi lingkungan Hasil: memodifikasi lingkungan dengan cara mematikan lampu dan televisi saat tidur 4. Menetapkan jadwal tidur rutin Hasil: klien mempunyai jadwal jam tidur rutin Edukasi 5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil: klien mengerti setelah dijelaskan mengenai pentingnya tidur cukup	Pukul 09.35 WIB S: 1. Klien mengatakan masih kesulitan tidur 2. Klien mengatakan tidurnya kurang nyenyak 3. Klien mengatakan masih suka terbangun pada malam hari O: 1. Klien tampak lemah 2. Frekuensi tidur 4-5 jam A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Afifah
---------------------	-----------------------	---	---	--------

		6. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur Hasil: klien mengatakan akan mencoba tidur pukul 20.00 WIB 7. Mengajarkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur Hasil: klien menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur seperti kopi		
Defisit pengetahuan	Jum'at, 25 April 2025	Pukul 09.40 WIB Observasi 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: klien siap dan mampu untuk menerima informasi Terapeutik 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan Hasil: materi dan media pendidikan kesehatan disediakan 3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Hasil: pendidikan kesehatan dijadwalkan sesuai kesepakatan 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya	Pukul 10.00 WIB S:Klien mengatakan sudah cukup paham mengenai penyakitnya namun belum paham dengan makanan yang tidak boleh dikonsumsi pada penderita hipertensi O: Klien tampak paham dan mampu menjelaskan kembali apa yang sudah disampaikan A: Masalah defisit pengetahuan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	Afifah

		Hasil: klien diberikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 5. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Hasil: klien mengerti apa yang dijelaskan 6. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Hasil: klien mengerti dengan apa yang telah diajarkan		
--	--	--	--	--

5. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan hari ke-1

Tabel 3. 10
Catatan Perkembangan Hari Ke-1

No Dx	Hari/Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Sabtu, 26 April 2025 Pukul 10.00 WIB	Pukul 11.00 WIB S: Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang dan nyeri masih dirasa di kepala menjalar ke tengkuk O: 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 4 (0-10) 3. Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri dirasa 4. TD: 150/100 mmHg N : 81 x/menit R : 21 x/menit S : 36,5°C A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan terapi non farmakologis 4. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri E: Masalah teratasi sebagian	Afifah
2	Sabtu, 26 April 2025 Pukul 10.20 WIB	Pukul 11.20 WIB S: Klien mengatakan masih sukar tidur dan tidur masih belum nyenyak, namun sudah tidak terbangun pada malam hari dan tidur pukul 22.00 WIB O: 1. Klien tampak lemah 2. Tidur malam 6 jam A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I:	Afifah

		1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor yang mengganggu tidur 3. Anjurkan klien untuk memodifikasi lingkungan sebelum tidur 4. Anjurkan menepati waktu tidur E: Masalah teratasi sebagian	
3	Sabtu, 26 April 2025 Pukul 10.40 WIB	Pukul 11.30 WIB S: Klien mengatakan sudah tahu apa saja makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi dan sudah paham terkait obat herbal yang bisa membantu menurunkan tekanan darah O: 1. Klien tampak mengerti apa yang sudah dijelaskan 2. Klien mampu menjelaskan materi jika ditanya kembali A: Masalah defisit pengetahuan teratasi P: Hentikan intervensi	Afifah

Catatan perkembangan hari ke-2

Tabel 3. 11
Catatan Perkembangan Hari Ke-2

No Dx	Hari/Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Senin, 28 April 2025 Pukul 12.30 WIB	Pukul 13.20 WIB S: Klien mengatakan nyeri kepala berkurang O: 1. Klien tidak meringis 2. Skala nyeri 3 (0-10) 3. Mampu memonitor nyeri secara mandiri dan melakukan teknik relaksasi nafas dalam 4. TD: 160/90 mmHg N : 80 x/menit R : 20 x/menit S : 36,6°C A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	Afifah

		I: 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan teknik non farmakologis E: Masalah teratasi sebagian	
2	Senin, 28 April 2025 Pukul 12.45 WIB	Pukul 13.45 WIB S: Klien mengatakan tidur sedikit nyenyak dan tidur pukul 21.30 WIB O: 1. Kualitas tidur cukup nyenyak 2. Tampak masih sedikit lemah 3. Tidur 6 jam A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Anjurkan menepati waktu tidur E: Masalah teratasi sebagian	Afifah

Catatan perkembangan hari ke-3

Tabel 3. 12
Catatan Perkembangan Hari Ke-3

No Dx	Hari/Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Selasa, 29 April 2025 Pukul 12.45 WIB	Pukul 13.45 WIB S: Klien mengatakan nyeri kepala menurun O: 1. Klien tidak meringis 2. Skala nyeri 2 (0-10) 3. TD: 150/90 mmHg N : 78 x/menit R : 20 x/menit S : 36,4°C A: Masalah nyeri akut teratasi P: Hentikan intervensi	Afifah
2	Selasa, 29 April 2025 Pukul 13.10 WIB	Pukul 14.00 WIB S: Klien mengatakan tidur cukup nyenyak dan tidur pukul 20.00 WIB O:	Afifah

		1. Tampak tidak lemah 2. Tidur 8 jam A: Masalah gangguan pola tidur teratasi P: Hentikan intervensi	
--	--	--	--

B. Pembahasan

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian kepada klien Tn.A dilakukan dengan pendekatan sistematis untuk mendapatkan data klien baik data subjektif ataupun objektif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi dan juga pemeriksaan fisik, selama proses pengkajian klien cukup kooperatif dan dapat diajak bekerjasama. Anamnesa dilakukan dengan menanyakan berbagai informasi mulai dari identitas klien, keluhan yang dirasakan, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga serta dilakukan pemeriksaan fisik. Selain itu tanyakan aktivitas atau kegiatan sehari-hari yang dilakukan klien di rumah.

Hasil pengkajian didapatkan data dan keluhan utama. Klien adalah seorang lansia bernama Tn.A dengan keluhan nyeri kepala, nyeri dirasakan menjalar ke tengkuk, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dengan nyeri dirasakan pada skala 5 (0-10). Nyeri diperberat saat beraktivitas dan diperingan saat beristirahat serta nyeri dirasakan hilang timbul pada malam hari. Klien juga mengatakan kesulitan tidur karena nyeri yang dirasakan, juga klien tidak paham dengan penyakitnya terkait makanan yang perlu dihindari.

Pada tahap pengkajian penulis tidak menemukan kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan di lapangan terkait kondisi kesehatan klien Tn.A.

2. Tahap Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu terhadap masalah kesehatan. Secara teori tidak semua bisa dirumuskan dalam diagnosis keperawatan secara nyata. Namun berdasarkan hasil pengkajian masalah yang ada pada teori, diagnosis yang mungkin muncul pada pasien dengan hipertensi adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut
- b. Gangguan pola tidur
- c. Defisit pengetahuan
- d. Perfusi perifer tidak efektif
- e. Hipervolemia
- f. Intoleransi aktivitas
- g. Risiko jatuh

Sedangkan setelah dilakukan pengkajian pada Tn.A diperoleh analisa data berdasarkan respon klien dan perbandingan dengan landasan teori. Maka dari itu penulis menegaskan 3 diagnosis keperawatan pada kasus klien Tn.A diantaranya adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 24 April 2025, nyeri akut yang dialami oleh Tn. A ditandai dengan keluhan nyeri

kepala menjalar ke tengkuk yang dirasakan seperti tertusuk dengan skala 5 (0–10), diperberat saat beraktivitas dan membaik ketika tidak beraktivitas. Data objektif menunjukkan adanya meringis, peningkatan tekanan darah (150/100 mmHg), nadi meningkat (81x/menit), serta respons non-verbal berupa gelisah.

Berdasarkan teori, nyeri akut adalah respons fisiologis terhadap kerusakan jaringan yang ditandai oleh aktivasi sistem saraf simpatis, termasuk peningkatan tekanan darah dan frekuensi jantung. Hal ini sesuai dengan mekanisme hipertensi, di mana tekanan darah tinggi menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Nyeri yang tidak ditangani dapat menurunkan kualitas hidup lansia, meningkatkan risiko gangguan tidur, dan memperburuk kontrol tekanan darah.

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn.A, gangguan pola tidur pada Tn. A muncul akibat nyeri yang mengganggu waktu istirahat malam. Klien mengeluhkan sering terbangun dan tidak bisa tidur nyenyak dengan lama tidur hanya 4–5 jam per malam. Data objektif menunjukkan tampilan klien tampak lemah. Teori menyebutkan bahwa tidur yang tidak berkualitas dapat menyebabkan peningkatan hormon stres, memperburuk tekanan darah, serta menurunkan imunitas, terlebih pada lansia. Korelasi antara gangguan tidur dan nyeri sangat kuat, sehingga intervensi harus berfokus pada penyebab

utamanya. Sehingga penulis menegakkan diagnosis gangguan pola tidur.

- c. Defisit pengetahuan tentang hipertensi dan diet hipertensi berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Defisit pengetahuan ditemukan melalui wawancara yang menunjukkan klien tidak memahami kondisi hipertensinya, termasuk makanan yang harus dihindari dan pola hidup sehat yang harus dijalani. Klien juga belum memahami pentingnya kontrol tekanan darah secara rutin. Berdasarkan teori, pengetahuan yang kurang merupakan faktor penting dalam kegagalan manajemen penyakit kronik. Klien dengan informasi yang cukup terbukti lebih patuh pada pengobatan dan pencegahan komplikasi.

Diagnosis keperawatan tersebut muncul sesuai dengan hasil pengkajian yang penulis lakukan, serta diagnosis tersebut saling berhubungan satu sama lain, nyeri yang dirasa menyebabkan pola tidur Tn.A terganggu dan kurangnya informasi yang didapat klien.

3. Tahap Perencanaan

Setelah menegakkan diagnosis, penulis menyusun perencanaan keperawatan agar masalah terpecahkan. Adapun intervensi yang akan diberikan untuk masalah keperawatan pada Tn.A adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut, untuk mengatasi diagnosis nyeri akut penulis menyusun intervensi manajemen nyeri yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri,

respon non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri dan ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. Intervensi dilakukan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri dan meringis menurun.

- b. Gangguan pola tidur, untuk mengatasi diagnosis gangguan pola tidur penulis menyusun intervensi dukungan tidur dengan tindakan awal identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, anjurkan modifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, tetapkan jadwal tidur rutin, jelaskan pentingnya tidur cukup, anjurkan menepati kebiasaan tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun.
- c. Defisit pengetahuan, untuk mengatasi defisit pengetahuan penulis menyusun intervensi edukasi kesehatan dengan diberikan edukasi mengenai penyakit yang diderita Tn.A dengan identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan penkes, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan

setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, perilaku membaik.

4. Tahap Implementasi

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dilakukan pada Tn.A . Pelaksanaan mengacu pada perencanaan keperawatan yang telah dibuat dan disesuaikan dengan kondisi pasien.

Perencanaan keperawatan dapat terlaksana semua dikarenakan adanya kerjasama yang baik dari Tn.A dan juga keluarga. Klien merasa dengan dilakukannya tindakan ini akan membawanya ke arah kesembuhan. Disamping itu klien dan keluarga kooperatif pada semua prosedur tindakan yang dilakukan sehingga dalam melaksanakan implementasi keperawatan dapat sesuai dengan perencanaan yang dibuat.

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui efektivitas asuhan keperawatan yang telah penulis lakukan. Hasil yang didapatkan setelah melakukan tindakan keperawatan pada Tn.A pada setiap diagnosis didapatkan hasil sebagai berikut:

- a. Nyeri akut, dapat teratasi karena nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri yang dirasa 2 (0-10) dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital

TD=150/90 mmHg, N = 78 x/menit, R =20 x/menit, S=36,4°C. Maka penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi namun penulis menganjurkan untuk melakukan gaya hidup sehat dan melakukan relaksasi nafas dalam jika nyeri dirasa kembali serta harus tetap diperiksa ke fasilitas kesehatan untuk mengontrol tekanan darahnya.

- b. Gangguan pola tidur, dapat teratasi karena nyeri kepala klien sudah berkurang dan sudah dapat tidur normal kembali, maka penulis menghentikan intervensi namun penulis menganjurkan agar klien tetap menepati waktu tidur.
- c. Defisit pengetahuan tentang hipertensi dan diet hipertensi, masalah dapat teratasi karena Tn.A selalu bersedia dan menerima semua informasi yang diberikan oleh penulis mengenai penyakitnya serta diet hipertensi dan pengobatan herbal, sehingga penulis menghentikan intervensi namun tetap menganjurkan untuk tetap menjaga gaya hidup sehat dan pola makannya.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Tahap Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 24 April 2025 kepada Tn.A secara komprehensif terhadap aspek-aspek yang ada dalam diri serta lingkungan klien. Hasil pengkajian klien menunjukkan adanya tanda dan gejala yang merujuk pada penyakit hipertensi yaitu nyeri kepala menjalar ke tengkuk serta adanya gangguan pola tidur. Penulis tidak menemukan kesulitan selama pengkajian karena klien kooperatif.

2. Tahap Diagnosis Keperawatan

Penulis mampu menentukan diagnosis keperawatan yang berdasarkan problem, etiologi dan symptom (PES), lalu dibuat penentuan diagnosis sesuai prioritas. Adapun data yang penulis dapat dari hasil pengkajian, berikut diagnosis yang muncul sesuai dengan kondisi klien, yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

3. Tahap Perencanaan

Pada tahap ini, penulis menyusun perencanaan keperawatan dengan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI)

diantaranya yaitu: manajemen nyeri, dukungan tidur dan edukasi kesehatan.

4. Tahap Implementasi

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan berdasarkan perencanaan yang telah penulis susun sebelumnya serta menyesuaikan berdasarkan kebutuhan klien. Intervensi dapat terlaksanakan karena klien yang kooperatif bisa kerja sama dengan baik selama proses implementasi.

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada Tn.A pada tanggal 26 April 2025 sampai 29 April 2025 dibuat dalam bentuk SOAPIE. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis menunjukkan bahwa masalah yang dialami oleh klien teratasi untuk masalah nyeri akut, gangguan pola tidur dan defisit pengetahuan.

6. Tahap Dokumentasi

Penulis melakukan pendokumentasian proses keperawatan dari mulai pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan hingga evaluasi keperawatan dengan mengacu pada panduan SDKI, SLKI dan SIKI.

B. Rekomendasi

1. Bagi Mahasiswa

Hendaknya mahasiswa/i dapat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan tahapan proses keperawatan dengan baik dan benar yang

diperoleh selama masa pendidikan baik selama proses pembelajaran di kelas maupun di lapangan.

2. Bagi Klien

Untuk tetap menjaga gaya hidup sehat, diharapkan rutin minum obat penurun tekanan darah dan rutin memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan terdekat agar tekanan darah Tn.A tetap terkontrol, di samping itu diharapkan Tn.A mampu menerapkan perilaku sesuai anjuran salah satunya tentang menurunkan tekanan menggunakan bahan herbal.

3. Bagi Puskesmas

Meningkatkan pelayanan kesehatan dan meningkatkan kerja sama antara perawat serta seluruh komponen yang terlibat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada klien lansia dengan hipertensi di wilayah kerja UPT Puskesmas Samarang. Salah satunya aktif dalam program CKG (Cek Kesehatan Gratis), dengan demikian diharapkan terjalin kerja sama yang baik dengan klien maupun keluarga klien dalam membantu proses penyembuhan klien.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Supaya dapat ikut kontribusi dengan mengurangi angka kesakitan pada lansia terutama pada penderita hipertensi, dengan cara melakukan pemeriksaan maupun penyuluhan yang melibatkan mahasiswa.

DAFTAR PUSTAKA

- Alkalah, C. (2016). Nurarif dan Hadi, 2015. 19(5), 1–23.
- Anindya, D. (2019). Konsep Dasar Lansia dan Faktor Perubahan. Poltekkes Joga, 53(9), 1689–1699.
- Astuti, A. D., Basuki, H. O., & Priyanto, S. (2024). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. December, 69.
- Badan Pusat Statistik (2024). Jumlah Penderita Hipertensi yang Mendapat Pelayanan Kesehatan di Jawa Barat. <https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-penderita-hipertensi-yang-mendapat-pelayanan-kesehatan-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-barat>, diakses pada tanggal 10 juni 2025
- Depkes RI. (2019). Klasifikasi Lansia. Magna Medica: Berkala Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan, 6(2), 138.
- Hanum, P., & Lubis, R. (2017). Hubungan Karakteristik dan Dukungan Keluarga Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Support from the Elderly Families, Stroke in the Elderly with Hypertension. Jumanik, 3(1), 72–88.
- Kartikasari, I., & Afif, M. (2021). Penatalaksanaan Hipertensi di Era Pandemi COVID-19. 72–79.
- Kemenkes RI Hipertensi. (2022). Info Datin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kurniawati, putri. (2017). Proses Keperawatan. In Universitas Nusantara PGRI Kediri (Vol. 01).
- Kuswati, A., Sumedi, T., & Hartati. (2020). Pengaruh Reminiscence Therapy Terhadap Fungsi Kognitif Pada Lansia. Jurnal Keperawatan Mersi, VIII, 23–30.
- Nurwujayanti, A. ., Qomarullah, R. S., & Iqomh, M. K. B. (2020). Psychosocial Status Is Associated With The Quality Of Life For. Salemba Medika Jakarta, 12, 661–671.
- Octavianie, G., Pakpahan, J., Maspupah, T., & Debora, T. (2022). Promosi Kesehatan Hipertensi Pada Usia Produktif Sampai Lansia di Wilayah Desa Lulut RT 04 RW 02 Kec. Klapanunggal Kab. Bogor. Pengabdian Masyarakat Saga Komunitas, 01(02), 32–38.
- Prayitnaningsih, S., Rohman, M. S., Sujuti, H., Abdullah, A., & Vierlia, W. . (2021). Pengaruh Hipertensi Terhadap Glaukoma. Universitas Brawijaya Press. <https://books.google.co.id/books?id=K8JZEAAAQBAJ&lpg=PP1&ots=cLYm-cWWFZ&dq=pengaruh hipertensi pada glaukoma>
- Puskesmas Samarang. 2025
- Rika Widianita, D. (2023). Jurnal Pengembangan Ilmu dan Praktik Ilmu Kesehatan. At-Tawassuth: Jurnal Ekonomi Islam, VIII(I), 1–19.
- Tampubolon, K. N. (2020). Tahap-Tahap Proses Keperawatan Dalam Pengoptimalan Asuhan Keperawatan. Tahap Tahap Proses Keperawatan, 7–8. <https://osf.io/preprints/5pydt/>

- Tarwoto, & Wartonah. (2019). Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Hematologi. Trans Info Media.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Ummah, M. S. (2019). Penatalaksanaan Krisis Hipertensi. Sustainability (Switzerland), 11(1), 1–14.
- Watung, G. I. V. (2024). Penatalaksanaan Hipertensi Pada Lansia Di Desa Modayag. 3(1), 26–33.
- Yulianti. (2017). Modul Anamnesis Pada Pasien Paliatif. Universitas Esa Unggul, 1–11.
- Yulistanti., Y. (2023). FullBook Keperawatan Gerontik. In Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. (Vol. 1, Issue April).

Lampiran I

SATUAN ACARA PENYULUHAN

DIIT HIPERTENSI DAN OBAT HERBAL HIPERTENSI

A. Identitas Mata Kuliah

Pokok Bahasan	: Hipertensi
Sub Pokok Bahasan	: Menjelaskan diit hipertensi dan obat herbal
Sasaran	: Tn. A
Hari/Tanggal	: Selasa, 29 April 2025
Tempat	: Rumah Tn.A
Waktu	: 20 menit
Penyaji	: Afifah Alawiyah

B. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah diberikan penyuluhan kesehatan selama 20 menit, diharapkan pasien mampu menjelaskan dan menerapkan pola hidup sehat bagi penderita hipertensi.

C. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan pembelajaran tentang Hipertensi pasien diharapkan mampu:

1. Menjelaskan pengertian hipertensi
2. Menjelaskan penyebab hipertensi
3. Menjelaskan tanda dan gejala hipertensi
4. Menjelaskan penatalaksanaan hipertensi
5. Menjelaskan diit hipertensi

6. Menjelaskan obat tradisional hipertensi

D. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah diberikan penyuluhan kesehatan selama 20 menit, diharapkan pasien mampu menjelaskan dan menerapkan pola hidup sehat bagi penderita hipertensi.

E. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan pembelajaran tentang Hipertensi pasien diharapkan mampu:

1. Menjelaskan pengertian hipertensi
2. Menjelaskan penyebab hipertensi
3. Menjelaskan tanda dan gejala hipertensi
4. Menjelaskan komplikasi hipertensi
5. Menjelaskan penatalaksanaan hipertensi
6. Menjelaskan diet hipertensi
7. Menjelaskan obat tradisional hipertensi

F. Materi

1. Pengertian hipertensi
2. Penyebab hipertensi
3. Tanda dan gejala hipertensi
4. Komplikasi hipertensi
5. Penatalaksanaan hipertensi
6. Diet hipertensi
7. Obat tradisional hipertensi

G. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

H. Media

1. Leaflet

I. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- a. Pasien mengikuti kegiatan penyuluhan
- b. Penyuluhan di ikuti oleh Tn.A

2. Evaluasi Proses

- a. Pasien antusias terhadap penyuluhan
- b. Pasien tidak meninggalkan tempat saat penyuluhan berlangsung

3. Evaluasi Hasil

1. Pasien dapat menjelaskan pengertian hipertensi
2. Pasien dapat menjelaskan penyebab hipertensi
3. Pasien dapat menjelaskan tanda dan gejala hipertensi
4. Pasien dapat menjelaskan komplikasi hipertensi
5. Pasien dapat menjelaskan penatalaksanaan hipertensi
6. Pasien dapat menjelaskan diet hipertensi
7. Pasien dapat menjelaskan obat tradisional hipertensi

J. Kegiatan Penyuluhan

Tahap	Waktu	Kegiatan Pengajar	Kegiatan Peserta	Metode	Media
Pendahuluan	5 menit	1. Mengucapkan salam 2. Perkenalan diri 3. Menjelaskan tujuan kegiatan penyuluhan 4. Melakukan kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan dengan seksama 3. Mendengarkan dan memperhatikan dengan seksama 4. Menyetujui kontrak waktu yang disepakati	Ceramah	
Penyajian	10 menit	Menjelaskan materi: 1. Menjelaskan pengertian hipertensi 2. Menjelaskan penyebab hipertensi 3. Menjelaskan tanda dan gejala hipertensi 4. Menjelaskan komplikasi hipertensi 5. Menjelaskan penatalaksanaan hipertensi 6. Menjelaskan diet hipertensi 7. Menjelaskan	Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah	Leaflet

		n obat tradisional hipertensi			
Penutup	5 menit	1. Memberikan kesempatan bertanya kepada peserta 2. Menyimpulkan materi 3. Memberikan pertanyaan kepada peserta 4. Mengucapkan salam dan penutup	1. Peserta bertanya 2. Memperhatikan dengan seksama 3. Menjawab pertanyaan 4. Menjawab salam	- Tanya jawab - Ceramah	

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Hipertensi menurut Hasdinah dan Suprpto (2016) yaitu merupakan bagian dari tekanan darah yang dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg.

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

B. Penyebab

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder. Pada pasien dengan hipertensi primer (esensial) penyebabnya tidak diketahui sedangkan pasien dengan hipertensi sekunder mempunyai penyebab khusus seperti kondisi medis yang diderita sebelumnya (Departemen Kesehatan, 2006; dalam Hulaima, 2017).

Namun faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi diantaranya sebagai berikut:

1. Keturunan
2. Konsumsi garam berlebih
3. Kegemukan
4. Stress

5. Merokok
6. Mengonsumsi alkohol
7. Kurang olahraga

C. Tanda dan Gejala

Dalam Ode (2017) menerangkan bahwa tanda dan gejala hipertensi yang sering tidak tampak, tetapi pada beberapa pasien mengeluh sakit kepala, pusing, lemas, sesak nafas, kelelahan, kesadaran menurun, mual, gelisah, muntah, kelemahan otot, epistaksis bahkan ada yang mengalami perubahan mental.

D. Komplikasi

Hipertensi yang tidak teratasi dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya seperti:

1. Penyakit jantung

Kondisi dimana jantung tidak mampu lagi memompa darah yang dibutuhkan tubuh.

2. Stroke

Ini disebabkan karena tekanan darah yang terlalu tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah yang sudah lama menjadi pecah, maka terjadilah stroke

3. Ginjal

Hipertensi menyebabkan penyempitan pembuluh darah menuju ginjal yang berfungsi sebagai penyaring kotoran tubuh.

4. Kerusakan penglihatan

Hipertensi menyebabkan pecahnya pembuluh darah di mata sehingga mengakibatkan pembuluh darah penglihatan menjadi kabur.

E. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis

- a. Diuretika, seperti chlortalidone
- b. Beta blocker, seperti propranolol
- c. Calcium channel blocker (CCB) seperti amlodipin
- d. Golongan antihipertensi lain seperti prazosin dan terazosin

2. Penatalaksanaan Non Medis

a. Pencegahan Primer

- 1) Tidur yang cukup, antara 6-8 jam per hari
- 2) Kurangi makanan berkolesterol tinggi dan perbanyak aktivitas fisik untuk mengurangi berat badan
- 3) Kurangi konsumsi alkohol
- 4) Konsumsi minyak ikan
- 5) Suplai kalsium meskipun hanya menurunkan sedikit tekanan darah tapi kalsium juga cukup membantu

b. Pencegahan Sekunder

- 1) Pola makan yang sehat.
- 2) Mengurangi garam dan natrium di diet anda.
- 3) Fisik aktif

4) Mengurangi Alkohol intake

5) Berhenti merokok

c. Pencegahan Tersier

1) Pengontrolan darah secara rutin

2) Olahraga dengan teratur dan di sesuaikan dengan kondisi tubuh

3) Berhenti merokok

4) Pertahankan gaya hidup sehat

5) Belajar untuk rilek dan mengendalikan stress

6) Batasi konsumsi alkohol

7) Penjelasan mengenai hipertensi

8) Jika sudah menggunakan obat hipertensi teruskan penggunaannya secara rutin

9) Diet garam serta pengendalian berat badan

10) Periksa tekanan darah secara teratur (Santoso, 2013)

F. Diet Hipertensi

1. Makanan yang boleh dikonsumsi.

a. Sumber kalori

Beras, kentang, macaroni, mie, bihun, tepung-tepungan, gula

b. Sumber protein hewani

Daging, ayam, ikan, semua terbatas kurang lebih 50 gram perhari, telur ayam, telur bebek paling banyak satu butir sehari, susu tanpa lemak.

c. Sumber protein nabati

Kacang-kacangan kering seperti tahu, tempe, oncom

d. Sumber lemak

Santan kelapa encer dalam jumlah terbatas.

e. Sayuran

Sayuran yang tidak menimbulkan gas seperti bayam, kangkung, buncis, kacang panjang, taoge, labu siam, oyong, wortel

f. Buah-buahan

Semua buah kecuali nangka, durian, hanya boleh dalam jumlah terbatas.

g. Bumbu

Pala, kayu manis, asam, gula, bawang merah, bawang putih, garam tidak lebih 15 gram perhari.

h. Minuman

Teh encer, coklat encer

2. Makanan yang tidak boleh dikonsumsi

a. makanan yang banyak mengandung garam

b. makanan yang mengandung kolesterol

c. makanan yang mengandung lemak jenuh seperti daging sapi, susu dan minyak kelapa

d. makanan yang banyak menimbulkan gas seperti lobak, kol, sawi, dan lain-lain.

G. Obat Herbal Hipertensi

Banyak tumbuhan obat yang telah lama digunakan oleh masyarakat secara tradisional untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi. Hal yang perlu diinformasikan kepada masyarakat adalah cara penggunaannya, dosis, serta kemungkinan adanya efek samping yang tidak diketahui. Obat – obat tradisional tersebut diantaranya:

1. Buah belimbing
2. Mentimun
3. Bawang putih
4. Daun seledri
5. Melon
6. Labu siam
7. Kapulaga
8. Daun kemangi
9. Jahe

Ada 3 cara pembuatan obat tradisional untuk hipertensi dengan menggunakan mentimun diantaranya sebagai berikut:

1. Konsumsi mentimun secara langsung
2. Potong tipis-tipis mentimun lalu masukkan ke dalam gelas atau botol berisi air putih
3. Jus mentimun, caranya:
 - a. Siapkan satu buah mentimun, $\frac{1}{2}$ buah lemon, madu atau gula
 - b. Siapkan 500 ml air putih

- c. Cuci buah mentimun dengan air
- d. Potong mentimun menjadi potongan kecil, bisa dikupas kulitnya atau tidak tergantung selera
- e. Tambahkan air dan perasan lemon ke dalam blender, lalu masukkan potongan buah timun
- f. Blender hingga halus
- g. Jika ingin manis bisa tambahkan madu atau gula
- h. Jika perlu, saring jus untuk menghilangkan ampas
- i. Tuangkan jus mentimun ke dalam gelas dan jus mentimun pun siap untuk diminum

DAFTAR PUSTAKA

- Afra, Fida. 2023. Cara Membuat Jus Timun Segar Penurun Kolesterol dan Tekanan Darah. Detik Food. Diakses pada 25 April 2025, dari <https://food.detik.com/info-sehat/d-6963596/cara-membuat-jus-timun-segar-penurun-kolesterol-dan-tekanan-darah>.
- Burner &Suddarth. 2012. Buku Ajar: Keperawatan Medikal BedahVol 2. Jakarta:EGC.
- Hasdianah & Suprpto, Sentot Imam. 2016. Patologi & Patofisiologi Penyakit.Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ode Sharif, La. 2017. Asuhan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika.
- TarwotodanWartonah. 2015. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Edisi: 4 Jakarta.
- Santoso, A.P. 2013. Hubungan Antara Aktivitas Fisik Dan Asupan Magnesium Dengan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Rawat Jalan RSUD Dr. Moewardi di Surakarta. Skripsi Ilmiah. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta. Diakses pada 25 April 2025.

LEAFLET

OBAT HERBAL



Belimbing



Mentimun



Bawang Putih



Daun Seledri



Melon



Labu Siam



Kapulaga



Daun Kemangi



Jahe

CARA PENGOLAHAN MENTIMUN UNTUK PENGOBATAN HIPERTENSI

1. Konsumsi mentimun secara langsung
2. Potong tipis-tipis mentimun lalu masukkan ke dalam gelas atau botol berisi air putih
3. Jus mentimun bisa dengan tambahan perasan lemon dan juga madu



HIPERTENSI



APA ITU HIPERTENSI ?

Hipertensi atau darah tinggi adalah suatu keadaan kronis yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah. Dikatakan darah tinggi apabila tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg

FAKTOR RISIKO

Usia, Keturunan, Obesitas, Merokok, Konsumsi Alkohol, Stress, Kurang Olahraga, Konsumsi garam berlebih

TANDA DAN GEJALA



nyeri kepala



nyeri dada



penglihatan kabur



telinga berdenging



jantung berdebar

PENCEGAHAN

1. Mengurangi konsumsi garam
2. Aktivitas fisik secara teratur atau rajin olahraga
3. Mengatur pola makan
4. Menjaga berat badan tetap ideal

KOMPLIKASI

1. Stroke
2. Penyakit jantung
3. Penyakit Ginjal
4. Kerusakan penglihatan



BAGAIMANA PENANGANANNYA

1. Minum obat sesuai program
2. Dengan obat herbal seperti mentimun
3. Menjaga gaya hidup sehat, seperti rajin berolahraga
4. Diit Hipertensi



DIIT HIPERTENSI

Makanan yang boleh dikonsumsi:

1. Kalori: nasi, talas, dan lain-lain
2. Protein: daging, ayam, tahu, tempe, dll
3. Lemak: santan dalam jumlah terbatas
4. Sayuran: bayam, kangkung, dll
5. Buah-buahan: semua jenis buah kecuali durian, nangka dalam jumlah terbatas

Makanan yang tidak boleh dikonsumsi:

1. Makanan yang banyak mengandung garam, kolesterol, menimbulkan gas (seperti lobak, kol dan sawi)

Lampiran III

DOKUMENTASI



Lampiran IV

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Afifah Alawiyah
NIM : KHGA22097
Pembimbing : Dede Suharta, S.Kep., M.Pd
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn.A dengan Hipertensi pada KATZ Indeks A di Kampung Samarang Boboko RT 01/ RW 01 Desa Samarang Wilayah Kerja UPT Puskesmas Samarang Garut

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Tanda Tangan	
				Pembimbing	Mahasiswa
1	Selasa, 4 Juni 2025	BAB I	- Perbaiki cover dan judul pada KTI - Perbaiki penulisan data penyakit		
2	Rabu, 5 Juni 2025	BAB I	- Perbaiki spasi - ACC BAB I - Lanjut BAB II		

3	Selasa, 10 Juni 2025	BAB II	- Persingkat teori - Rapikan tabel menjadi 1 spasi - Pada genogram klien pada generasi ke 3		
4	Jum'at 13 Juni 2025	BAB II	- Rapikan margin pada pathway - Tambahkan teori SOAPIE pada evaluasi - Lanjutkan BAB III		
5	Senin, 16 Juni 2025	BAB III	- Lengkapi pemeriksaan head to toe - Perbaiki penulisan tonus otot pada ekstremitas - Sesuaikan analisa berdasarkan pengkajian		
6	Rabu, 18 Juni 2025	BAB III	- ACC BAB II - Rapikan penulisan pada implementasi dan catatan perkembangan		

7	Selasa, 24 Juni 2025	BAB III	- Lengkapi kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus pada pembahasan - Lanjut BAB IV		
8	Kamis, 26 Juni 2025	BAB IV	- ACC BAB III - Persingkat kesimpulan - Lengkapi abstrak dan lampiran-lampiran - Lanjutkan PPT		
9	Senin, 30 Juni 2025	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, PPT	- ACC KTI		

Lampiran V

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



IDENTITAS

Nama : Afifah Alawiyah
NIM : KHGA22097
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 5 Februari 2004
Alamat : Kp. Cilemah RT.03/RW.03 Desa Cintaasih Kecamatan Samarang Kabupaten Garut
Email : afifahalwyh25@gmail.com
Instagram : afifah.alwyh

RIWAYAT PENDIDIKAN

SD Negeri 1 Cintaasih
SMP Negeri 1 Tarogong Kaler
SMA Negeri 19 Garut
STIKes Karsa Husada Garut