

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny. I  
DENGAN DIAGNOSA HIPERTENSI NYERI AKUT  
DI KELURAHAN SEMPAKATA  
MEDAN SELAYANG  
TAHUN 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



**Oleh:**

**Ester Lamtiurma Situmorang**  
**NIM. 052024062**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN PROGRAM STUDI PROFESI NERS TAHUN 2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny. I  
DENGAN DIAGNOSA HIPERTENSI NYERI AKUT**



**DI KELURAHAN SEMPAKATA  
MEDAN SELAYANG  
TAHUN 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners  
Program Studi Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

**Ester Lamtiurma Situmorang**  
**NIM. 052024062**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS TAHUN 2025**



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN





**LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI**

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM  
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
PADA TANGGAL 17 MEI 2025

**TIM PENGUJI**

TANDA TANGAN

**Ketua : Ance M. Siallagan, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**Anggota : Friska Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**Rotua Pakpahan, S.Kep.,Ns.,M.Kep**



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar  
Ners (Ns)

Oleh:  
Ester Lantiurma Situmorang

Medan, 17 Mei 2025

Menyetujui,

Ketua Penguji

Ance M. Siallagan, S.Kep., Ns., M. Kep

Anggota

Friska Ginting, S. Kep., Ns., M. Kep

Rotua Pakpahan, S. Kep., Ns., M. Kep



## KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan kurnia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun Judul Karya Ilmiah Akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.I Dengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di kelurahan Sempakata Medan Selayang Tahun 2025”**. Karya Ilmiah akhir bertujuan melengkapi tugas dalam menyelesaikan pendidikan di program studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan KIA ini penulis tidak lupa untuk mengucapkan banyak terimakasih kepada pihak yang telah berkontribusi secara akademik dalam menyusun isi karya ilmiah akhir ini. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada:

1. Mestiana Br.Karo, M.Kep.,DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. Lindawati Farida Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan bimbingan, kesempatan, dan fasilitas untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.



3. Ance M. Siallagan, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen Pembimbing saya yang telah banyak membantu, memberikan bimbingan, motivasi, waktu, dan masukan baik berupa pertanyaan, saran dan kritik yang bersifat membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
4. Friska Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji saya yang telah membantu, memberikan bimbingan, motivasi, waktu, dan masukan baik berupa pertanyaan, saran dan kritik yang bersifat membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
5. Rotua Pakpahan, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji saya yang telah membantu, memberikan bimbingan, motivasi, waktu, dan masukan baik berupa pertanyaan, saran dan kritik yang bersifat membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
6. Teristimewa kepada keluarga, orangtua tercinta serta saudara-saudari yang selalu memberi dukungan baik doa,kasih sayang,materi dan motivasi yang luar biasa diberikan selama ini.
7. Seluruh teman-teman mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Program Studi Ners Tahap Profesi Stambuk 2024 yang telah Memberikan dukungan,motivasi dan membantu selama proses dalam pelaksanaan Pendidikan dan penyusunan karya ilmiah akhir ini.





Penulis menyadari bahwa pada karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun pada teknik dalam penulisan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis akan menerima kritikan dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah banyak membantu peneliti. Semoga karya tulis ilmiah ini akan dapat bermanfaat nantinya dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bagi Profesi Ners Keperawatan.

Medan, 17 Mei 2025

Penulis

(Ester Lamtiurma Situmorang)



## SINOPSIS

Ester Lamtiurma Situmorang, 052024062

Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.I Dengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di kelurahan Sempakata Medan Selayang Tahun 2025

Program Studi Profesi Ners 2024

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan Hipertensi Nyeri Akut

Hipertensi merupakan keadaan Ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah. Penyebab seseorang terkena hipertensi dapat dipengaruhi oleh faktor genetic dan lingkungan. faktor resiko terjadinya hipertensi ini juga dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor resiko yang tidak dapat diubah dan faktor resiko yang dapat diubah. Untuk faktor resiko yang tidak dapat diubah yaitu (Riwayat keluarga, usia, dan jenis kelamin), untuk faktor resiko yang dapat diubah yaitu (pola makan tidak sehat, kekurangan aktifitas fisik, kegemukankonsumsi alcohol, merokok, stress, kolestrol tinggi, diabetes). Kasus ini menarik untuk dibahas agar dapat meningkatkan pengetahuan Lansia dan menjadi pedoman dalam pencegahan terjadinya penyakit tersebut. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.I Dengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di kelurahan Sempakata Medan Selayang. Hasil : Tanda dan gejala yang timbul pada kasus Hipertensi didapatkan semua sesuai dengan literature buku dan data yang ada di lapangan, selain itu



penentuan diagnosa keperawatan juga disesuaikan dengan SDKI yang didapat. Selain itu, penentuan perencanaan yang diberikan pada klien dengan Hipertensi berupa Teknik relaksasi nafas dalam, Pijat dan Pengaturan posisi nyaman. Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan Kesehatan terdekat.

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>SAMPUL DEPAN .....</b>	<b>i</b>
<b>SAMPUL DALAM .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI .....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vii</b>
<b>SINOPSIS .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Identifikasi Masalah .....	3
1.3. Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan umum .....	3



1.3.2 Tujuan khusus .....	3
1.4. Manfaat Penelitian .....	4
1.4.1 Manfaat teoritis .....	4
1.4.2 Manfaat praktis .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 Konsep Lansia .....	6
2.1.1 Definisi Lansia .....	6
2.1.2 Batasan lansia .....	6
2.1.3 Perubahan Fisiologis Pada lansia .....	7
2.1.4 Perubahan Psikososial pada lansia .....	8
2.1.5 Perubahan Mental Pada Lansia .....	9
2.2 Konsep Penyakit Hipertensi .....	9
2.2.1 Pengertian Hipertensi .....	9
2.2.2 Etiologi Hipertensi .....	10
2.2.3 Patofisiologi Hipertensi .....	10
2.2.4 Manifestasi Klinis Hipertensi .....	10
2.2.5 Klasifikasi Hipertensi .....	11
2.2.6 Komplikasi .....	11
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang .....	12
2.2.8 Penatalaksanaan Medis .....	13
2.3 Konsep Rasa Nyeri .....	14
2.3.1 Defenisi Rasa Nyeri .....	14
2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi Rasa Nyeri .....	15
2.3.3 Penatalaksanaan Rasa Nyeri .....	16
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan .....	18
2.4.1 Pengkajian .....	18
2.4.2 Diagnosa Keperawatan .....	22
2.4.3 Intervensi Keperawatan .....	22
2.4.4 Implementasi Keperawatan .....	23
2.4.5 Evaluasi Keperawatan .....	24
<b>BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>25</b>



3.1 Pengkajian keperawatan.....	25
3.2 Analisa Data .....	33
3.3 Diagnosa keperawatan .....	35
3.4 Intervensi keperawatan .....	36
3.5 Implementasi keperawatan .....	39
3.6 Evaluasi keperawatan.....	40
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>42</b>
4.1 Pengkajian .....	42
4.2 Diagnosa .....	43
4.3 Intervensi .....	45
4.4 Implementasi .....	46
4.5 Evaluasi .....	48
<b>BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>49</b>
5.1 Simpulan .....	49
5.2 Saran .....	49
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan .....	49
5.2.2 Bagi Mahasiswa Keperawatan .....	50
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>51</b>
<b>LAMPIRAN DOKUMENTASI .....</b>	<b>53</b>





## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal (Putri et al., 2022).

Hipertensi merupakan keadaan Ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah. Pengobatan awal pada hipertensi sangatlah penting karena dapat mencegah timbulnya komplikasi pada beberapa organ tubuh seperti jantung, ginjal, dan otak (Wulandari et al., 2023).

Seseorang yang terkena hipertensi biasanya akan merasakan gejala-gejala seperti sakit pada bagian belakang Kepala, leher terasa kaku, sering kelelahan bahkan mual, pandangan jadi kabur karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal, bahkan sebagian besar hipertensi ini tidak memiliki gejala (Ekasari et al., 2021)

Penyebab seseorang terkena hipertensi dapat dipengaruhi oleh faktor genetic dan lingkungan. faktor resiko terjadinya hipertensi ini juga dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor resiko yang tidak dapat diubah dan faktor resiko yang dapat diubah. Untuk faktor resiko yang tidak dapat diubah yaitu (Riwayat



keluarga,usia,dan jenis kelamin),untuk faktor resiko yang dapat diubah yaitu (pola makan tidak sehat,kekurangan aktifitas fisik,kegemukankonsumsi alkohol,merokok,stress,kolestrol tinggi,diabetes) (Putri et al., 2022).

Data WHO pada tahun 2021 mengatakan bahwa prevalensi hipertensi menyatakan terdapat 1,28 juta orang dengan hipertensi antara usia 30 dan 79 tahun di negara-negara berpenghasilan rendah dan negara berpenghasilan menengah. Data menunjukkan tingkat prevalensi hipertensi di dunia berkisar antara 22-34,1% (Simanullang et al., 2022). Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2023 mencatat estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sebanyak 63.309.620 orang, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebanyak 427.218 kematian (Rahmadani Firdaus et al., 2023).

Data kasus hipertensi di Indonesia terbanyak diduduki oleh Provinsi Kalimantan Selatan sebagai urutan pertama kejadian hipertensi tertinggi di Indonesia yaitu sebanyak 44,13%. Laporan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar pada tahun 2021 didapatkan data penderita hipertensi sebanyak 15.083 orang (Muliadi et al., 2024). Sedangkan prevalensi hipertensi di provinsi Sumatera Utara mencapai 6.7% dari jumlah penduduk di Sumatera Utara, berdasarkan data badan litbangkes kementerian Kesehatan, Ini berarti bahwa jumlah penduduk Sumatera Utara yang menderita hipertensi mencapai 12,42 juta jiwa terbesar di beberapa Kabupaten (Simanullang et al., 2022).

Upaya untuk mencegah hipertensi dengan pengobatan farmakologi yaitu menggunakan obat antihipertensi menjadi salah satu alternatif untuk





menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Sedangkan upaya untuk mencegah agar tidak terkena hipertensi secara non farmakologi yaitu dapat dilakukan berbagai cara seperti mengatasi obesitas/menurunkan kelebihan berat badan, mengurangi asupan garam didalam tubuh, ciptakan keadaan rileks, melakukan olahraga teratur, berhenti merokok, berhenti mengkonsumsi alkohol (Ekasari et al., 2021)

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik mengangkat Karya Ilmiah Akhir (KIA) dalam bentuk "Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. I Dengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di Kelurahan Sempakata Medan Selayang 2025.

## **1.2 Identifikasi Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan gerontik pada Ny. I Dengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di Kelurahan Sempakata Medan Selayang Tahun 2025?

## **1.3 Tujuan Penulisan Karya Ilmiah**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. I Dengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di Kelurahan Sempakata Medan Selayang Tahun 2025.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Penulis dapat melaksanakan pengkajian Keperawatan Gerontik pada Ny. I dengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di Kelurahan Sepakata Medan Selayang Tahun 2025



2. Penulis mampu menegakkan diagnosa Keperawatan Gerontik pada  
Ny.Idengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di Kelurahan Sepakata  
Medan Selayang Tahun 2025
3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan Keperawatan Gerontik pada  
Ny.Idengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di Kelurahan Sepakata  
Medan Selayang Tahun 2025
4. Penulis mampu melaksanakan Tindakan Keperawatan Gerontik pada  
Ny.Idengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di Kelurahan Sepakata  
Medan Selayang Tahun 2025
5. Penulis mampu melaksanakan evaluasi Keperawatan Gerontik pada  
Ny.Idengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di Kelurahan Sepakata  
Medan Selayang Tahun 2025

#### **1.4 Manfaat Penulisan Karya Ilmiah**

##### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Menambah wawasan dalam ilmu keperawatan mengenai peran Perawat dalam upaya Memberikan Asuhan Keperawatan pada Ny.I Dengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut.

##### **1.4.2. Manfaat Praktis**

###### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan agar karya tulis ilmiah akhir ini sebagai tambahan referensi mengenai asuhan keperawatan gerontic dengan diagnosa Hipertensi Nyeri Akut.



2. Bagi Profesi Perawat

Sebagai sarana meningkatkan ilmu penegetahuan dan menambah keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan gerontik dengan diagnosa Hipertensi Nyeri Akut.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Lansia

#### 2.1.1 Definisi Lansia

Menurut Mickey Stanley (2007) dalam Buku Ajar Keperawatan Gerontik, Pengembangan terhadap pendekatan ini memerlukan pertimbangan tentang siapakah lansia dan apakah tindakan promosi kesehatan dan pencegahan untuk segmen populasi ini. Kita mengetahui bahwa lansia merupakan kelompok yang heterogen. Setiap lansia menunjukkan suatu tujuan, pengalaman, nilai, dan sikap yang unik. John Heinz, Ketua Komite Khusus tentang penuaan pada Senat AS, menyatakan: Menjadi tua adalah suatu proses yang tidak dapat dihindari oleh kita semua, namun tidak ada pengaruh antara penilaian ciri menjadi tua itu dengan kesehatan. Gambaran tentang lansia Amerika yang lumpuh dan semakin lemah hanya merupakan stereotip karena ada juga lansia yang kuat dan aktif, keduanya tidak akan dapat terlihat pada rentang status kesehatan yang ditemukan dalam segmen ini dari populasi negara kita.

#### 2.1.2 Batasan Lansia

Menurut Nugroho (2008), dalam Buku Asuhan Keperawatan Gerontik & Geriatrik, Usia yang dijadikan patokan untuk lanjut usia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun. Beberapa pendapat para ahli tentang



batasan usia adalah sebagai berikut:

1. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu:
  - a. usia pertengahan (middle age) usia 45-59 tahun.
  - b. lanjut usia (elderly) usia 60-74 tahun,
  - c. lanjut usia tua (old) usia 75-90 tahun.
  - d. usia sangat tua (very old) usia >90 tahun.
2. Menurut Burnsie (1979), ada empat tahap lanjut usia yaitu:
  - a. young old (usia 60-69 tahun),
  - b. middle age old (usia 70-79 tahun).
  - c. old-old (usia 80-89 tahun),
  - d. very old-old (usia >90 tahun).

Di Indonesia, batasan mengenai lanjut usia adalah 60 tahun ke atas, terdapat dalam Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 Menurut undang-undang tersebut di atas lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas, baik pria maupun wanita.

### 2.1.3 Perubahan Fisiologi Pada Lansia

Menurut Nugroho (2008), Dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan

Gerontik & Geriatrik Adapun perubahan Fisiologi pada lansia yaitu :

1. Sel



2. Sistem cardiovascular
3. Sistem Pernafasan
4. Sistem Persarafan
5. Sistem Gastrointestinal
6. Sistem Genitourinaria
7. Sistem Endokrin
8. Sistem Indera: Pendengara, Penglihatan, Perabaan Dll.
9. Sistem Integumen
10. Sistem Muskuloskeletal
11. Sistem Reproduksi dan Seksualitas

#### 2.1.4 Perubahan Psikososial Pada Lansia

Menurut Nugroho (2008), Dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan

Gerontik & Geriatrik Perubahan Psikososial pada lansia meliputi :

1. Pensiun

Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaannya.

Bila seseorang pensiun, ia akan mengalami kehilangan-kehilangan lain:

- a. Kehilangan finansial (income berkurang).
- b. Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/posisi yang cukup tinggi lengkap dengan segala fasilitasnya).
- c. Kehilangan teman/kenalan atau relasi.
- d. Kehilangan pekerjaan/kegiatan.



2. Merasakan atau sadar akan kematian
3. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit.
4. Ekonomi, akibat pemberhentian dari jabatan, meningkatnya biaya hidup bertambahnya biaya pengobatan.
5. Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
6. Kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial.
7. Gangguan saraf pancaindera, timbul kebutaan dan ketulian.
8. Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan temanteman dan keluarga.
9. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik: Perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

#### 2.1.5 Perubahan Mental Pada Lansia

Menurut Nugroho (2008), Dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan

Gerontik & Geriatrik Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

1. Perubahan fisik terutama organ-organ perasa.
2. Kesehatan umum.
3. Tingkat pendidikan.
4. Keturunan (hereditar).
5. Lingkungan.

Perubahan kepribadian yang drastis, jarang terjadi. Lebih sering berupa

ungkapan yang tulus dari perasaan seseorang, kekakuan mungkin karena faktor-faktor lain seperti penyakit.

## **2.2 Konsep Penyakit Hipertensi**

### **2.2.1 Pengertian Hipertensi**

Hipertensi merupakan keadaan Ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah. Pengobatan awal pada hipertensi sangatlah penting karena dapat mencegah timbulnya komplikasi pada beberapa organ tubuh seperti jantung, ginjal, dan otak (Wulandari et al., 2023).

### **2.2.2 Etiologi Hipertensi**

Menurut dr.Tambayong Jan (2015) dalam Buku, Penyebab Hipertensi meliputi:

1. Usia
2. Jenis kelamin
3. Ras
4. Pola hidup

### **2.2.3 Patofisiologi Hipertensi**

Menurut Anwar & Cusmari (2022), Proses atau patofisiologi terjadinya hipertensi diawali dari meningkatnya tekanan darah atau hipertensi bisa terjadi melalui beberapa cara, yaitu :

1. Jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak darah



pada setiap detiknya atau stroke volume.

2. Arteri besar kehilangan kelenturannya maka menjadi kaku
3. Tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vosokonstriksi

#### 2.2.4 Manifestasi Klinis Hipertensi

Menurut Anwar & Cusmarih (2022), gejala dari hipertensi kadang dapat berupa asimtomatik dan simptomatik. Gejala dari hipertensi yang dirasakan kadang berupa sakit kepala, epistaskis, jantung berdebar sulit bernafas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat, mudah lelah, gampang marah, telinga berdengung, pusing, tinnitus, dan pingsan. Akan tetapi, gejala-gejala tersebut bukanlah gejala spesifik terhadap hipertensi sehingga gejala-gejala yang dirasakan mungkin dianggap gejala biasa yang mengakibatkan keterlambatan penanganan. Seseorang dengan hipertensi juga terkadang tidak menunjukkan gejala apa-apa sehingga hipertensi dijuluki silent killer karena diam-diam dapat menyebabkan kerusakan organ yang parah. Apabila sudah terjadi komplikasi, maka gejala yang timbul Sesuai dengan organ yang diserang.

#### 2.2.5 Klasifikasi Hipertensi

Fitri et al., (2023), berpendapat bahwa terdapat empat macam hipertensi berdasarkan tingginya nilai tekanan darah, antara lain:

1. Hipertensi bordeline : tekanan darah antara 140/90 mmHg dan 160/95 mmHg.
2. Hipertensi ringan : tekanan darah antara 160/95 mmHg dan 200/110 mmHg.

3. Hipertensi moderate : tekanan darah antara 200/110 mmHg dan 230/120 mmHg.
4. Hipertensi berat : tekanan darah antara 230/120 mmHg dan 280/140 mmHg.

#### 2.2.6 Komplikasi

Kompikasi hipertensi menurut (Ekasari et al., 2021) :

1. Penyakit jantung Komplikasi berupa infark miokard, angina pectoris, dan gagal jantung.
2. Ginjal Terjadinya gagal ginjal dikarenakan kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal dan nefron akan terganggu sehingga menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema.
3. Otak Komplikasi berupa stroke dan serangan iskemik. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal sehingga aliran darah ke otak berkurang.
4. Mata Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.
5. Kerusakan pada pembuluh darah arteri Jika hipertensi tidak terkontrol,

dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteri atau yang sering disebut dengan aterosklerosis dan arterosklerosis (pengerasan pembuluh darah)

#### 2.2.7. Pemeriksaan Penunjang

Anwar & Cusmarih (2022), mengatakan bahwa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien hipertensi, antara lain:

1. Hemoglobin / Hematokrit: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti hipokoagulabilitas, anemia.
2. BUN / Kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
3. Glucosa: Hiperglikemi (Diabetes melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan karena pengeluaran kadar Ketokolamin.
4. Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada diabetes melitus.
5. CT Scan: Mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati
6. EKG: Dapat menunjukan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
7. IUP: mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti batu ginjal, perbaikan ginjal
8. Foto dada: Menunjukan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung

#### 2.2.8. Penatalaksanaan Medis

Menurut Muliadi et al., (2024), penanganan hipertensi dibagi menjadi dua yaitu

secara nonfarmakologis dan farmakologi.

1. Terapi non farmakologi merupakan terapi tanpa menggunakan obat, terapi non farmakologi diantaranya memodifikasi gaya hidup dimana termasuk pengelolaan stress dan kecemasan merupakan langkah awal yang harus dilakukan. Penanganan non farmakologis yaitu menciptakan keadaan rileks, mengurangi stress dan menurunkan kecemasan. Terapi non farmakologi diberikan untuk semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor resiko serta penyakit lainnya.
2. Terapi farmakologi Terapi farmakologi yaitu yang menggunakan senyawa obat-obatan yang dalam kerjanya dalam mempengaruhi tekanan darah pada pasien hipertensi seperti : angiotensin receptor blocker (ARBs), beta blocker, calcium channel dan lainnya. Penanganan hipertensi dan lamanya pengobatan dianggap kompleks karena tekanan darah cenderung tidak stabil.

### **2.3 Konsep Rasa Nyeri**

#### **2.3.1. Defenisi Rasa Nyeri**

Menurut Wati et al., (2022), Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif. Keluhan sensorik yang dinyatakan seperti pegal, linu, ngilu, dan seterusnya dapat dianggap sebagai modalitas nyeri.



Menurut International Association for the Study of Pain (IASP), nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan wilayah tubuh yang terlibat (misalnya, kepala, viseral), pola durasi kejadian (akut dan kronis), atau disfungsi sistem yang dapat menyebabkan nyeri (misalnya, gastrointestinal, saraf). Namun, disarankan agar nyeri diklasifikasikan hanya berdasarkan tiga karakteristik: gejala, mekanisme, dan sindrom (Jamal et al., 2022).

Menurut Pokhrel, (2024), Nyeri yang dirasakan oleh seseorang, perlu diukur dengan menggunakan skala tertentu untuk mendapatkan persepsi yang sama, sehingga mendapatkan penanganan yang tepat. Cara pengukuran tersebut dikenal dengan nama skala nyeri. Skala Nyeri yang sering digunakan untuk mengukur tingkat nyeri adalah skala Numerik. Skala ini merupakan skala nyeri sederhana yang menilai tingkat nyeri yaitu:

Nilai 0 : Tidak nyeri

Nilai 1-3 : Nyeri Ringan

Nilai 4-6 : Nyeri Sedang

Nilai 7-9 : Nyeri yang dirasakan parah (sangat nyeri)

Nilai 10 : Nyeri hebat (Nyeri Terburuk yang Mungkin Terjadi). Rasa sakit ini hanya bisa diatasi dengan obat-obatan

Pengukuran skala nyeri diatas merupakan pemahaman keterampilan angka dasar dan direkomendasikan untuk pasien berusia di atas sembilan tahun. Bagi anak kecil pengukuran skala nyeri dapat menggunakan ekspresi wajah saat merasakan nyeri (Skala Wong Baker).

### 2.3.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi rasa Nyeri

Nusi et al., (2023), berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi rasa nyeri seseorang, antara lain:

1. Emosi : kecemasan, depresi, dan marah
2. Status mobilisasi : keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun. Memudahkan terjadinya resiko injury
3. Gangguan persepsi sensori: mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan
4. Keadaan imunitas: gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit
5. Tingkat kesadaran : pada pasien koma, respon akan enurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.
6. Informasi atau komunikasi : gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.
7. Gangguan tingkat pengetahuan : kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.
8. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional : antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok
9. Status gizi : keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.



10. Usia : perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri
11. Jenis kelamin : secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya
12. Kebudayaan : keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat kenyamanan yang mereka punyai

#### 2.3.3. Penatalaksanaan Rasa Nyeri

##### 1. Non Farmakologi (tampa obat)

Untuk rasa sakit yang ringan, dapat diatasi secara non farmakologis (tanpa obat) yaitu dengan cara pendekatan, edukasi serta pemahaman mengenai nyeri atau suatu penyakit, yang sedang dialami oleh orang tersebut. Adapun caranya bisa dengan massage, kompres panas atau dingin, imobilisasi (pembatasan gerak pada daerah yang nyeri), pemberian posisi tidur yang nyaman dengan meletakkan bantal pada tempat yang dirasakan nyaman, tehnik relaksasi, guided imagery teknik distraksi (pengalihan perhatian terhadap rasa nyeri). Selain itu dapat juga dengan pemberian aroma terapi, seperti aroma yang memberikan rasa relaks dan nyaman sehingga dapat mengurangi rasa sakit (Pokhrel, 2024).

##### 2. Farmakologi (dengan obat-obatan)

Cara ini digunakan untuk mengatasi nyeri dengan skala nyeri tingkat sedang dan tinggi. Untuk nyeri tingkat sedang dapat dikurangi dengan

menggabungkan terapi obat-obatan dengan terapi non farmakologi. Sedangkan nyeri tingkat tinggi harus ditangani dengan obat. Karena bila tidak diatasi segera, maka dapat mengancam nyawa. Seperti rasa nyeri pasca jatuh, nyeri kepala setelah kecelakaan, nyeri dada yang menjalar ketangan dan nyeri yang lain. Jadi sangat penting untuk menginformasikan rasa nyeri yang dirasakan, riwayat nyeri yang sama sebelumnya, disertai dengan pengobatan nyeri sebelumnya. Sebaiknya berobat ke rumah sakit, puskesmas ataupun ke dokter terdekat bila nyeri sudah tidak tertahankan lagi. Jangan diatasi sendiri dengan minum jamujamuan untuk membuat bada segar dan kuat. Jangan juga mengkonsumsi obat tanpa resep dokter (Pokhrel, 2024).

## **2.4. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1. Pengkajian**

#### **1. Identitas klien**

Meliputi : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik. Pekerjaan yang paling rentan terjadi hipertensi yaitu IRT (Ibu Rumah Tangga) dan petani. Dapat dikatakan bahwa hampir semua orang mengalami stres dengan pekerjaan mereka karena dipengaruhi





dengan tuntutan kerja dan beban kerja yang dapat memicu terjadinya hipertensi. Pada lansia yang berjenis kelamin perempuan lebih cenderung menderita hipertensi dari pada laki-laki. Karena, rata-rata perempuan akan mengalami peningkatan resiko tekanan darah tinggi (hipertensi) setelah menopause yaitu di usia diatas 45 tahun (Zulkifli B. Pomalango, 2023).

2. Keluhan Utama: Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi.

### 3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang dimaksud adalah sakit di kepala, pendarahan di hidung, pusing, wajah kemerahan, dan kelelahan yang bisa saja terjadi pada penderita hipertensi. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak di obati, bisa timbul gejala sakit kepala, kelelahan, muntah, sesak napas, pandangan menjadi kabur, yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma (Muliani & Tahir.Maryam, 2024).

### 4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit jantung penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat



(Muliani & Tahir.Maryam, 2024).

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi , penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain

(Muliani & Tahir.Maryam, 2024).

6. Pemeriksaan Fisik (Zulkifli B. Pomalango, 2023)

a. Keadaan umum : lemah

b. Tanda-tanda vital : suhu tubuh cenderung meningkat, pernapasan dangkal, nadi cepat, tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan diastolik diatas 90 mmHg.

c. Review of sistem

1. B1 (breath) : sistem pernapasan sangat mendukung untuk mengetahui masalah pada gangguan kardiovaskuler dimana pemeriksaannya meliputi inspeksi pada bentuk dada ditemukan bentuk dada phisis (panjang dan gepeng), emfisematous (tong) dan pektus eksavatus (cekung ke dalam). Pada palpasi ditemukan kelainan dinding toraks, gerakan dinding tidak simetris dan getaran yang dirasakan tidak merata. Pada perkusi ditemukan penurunan suara paru atau perubahan dari resonan. Pada auskultasi ditemukan suara napas tambahan.

2. B2 (blood) : pemeriksaan jantung dan pembuluh darah dapat



secara langsung mengetahui masalah pada penyakit hipertensi antara lain meliputi; pada pemeriksaan inspeksi perubahan apeks jantung karena disebabkan adanya perubahan sumbu jantung karena hipertropi, pada palpasi terdapat penurunan denyut apeks karena empisema terdapat thrill jantung dan distensi vena jugularis. Pada perkusi biasanya tetap normal pada bunyi redup tetapi didapatkan pembesaran jantung. Pada auskultasi didapatkan bunyi kuat dan keras pada katup aorta dan katup mitral.

3. B3 (brain) : difokuskan pada pemeriksaan kepala dan leher untuk mengetahui adanya sianosis perifer, ekspresi wajah yang gelisah, pusing, kesakitan dan ptekie. Pada mata terdapat ikterus bilamana ada gagal jantung dan dilakukan pemeriksaan neurosensori untuk mengetahui adanya pusing saat bangun dari duduk, wajah meringis, menarik diri dan kehilangan kontak mata.
4. B4 (bladder) : output urine merupakan indikasi fungsi jantung yang penting. Penurunan haluaran urine merupakan temuan penting yang harus dikaji lebih lanjut untuk menentukan apakah penurunan tersebut merupakan penurunan produksi urine atau karena ketidakmampuan klien untuk buang air kecil. Dareah



suprapubik harus diperiksa terhadap adanya massa oval dan diperkusi adanya tanda pekak yang menunjukkan kandung kemih penuh.

5. B5 (Bowel) : pengkajian yang harus dilakukan meliputi perubahan nutrisi sebelum dan sesudah masuk rumah sakit, penurunan turgor kulit, kulit kering Atau berkeringat, muntah dan penurunan berat badan. Adanya refluks hepatojuguler, pembengkakan hepar adanya nyeri tekan pada abdomen.

6. B6 (Bone) : keluhan kelemahan fisik, pusing, dada rasa berdebar, sulit tidur karena ortopnea, dispnea nokturnal paroksismal, berkeringat malam hari, sering terbangun karena nyeri kepala dan sesak napas.

7. Aktifitas/Istirahat

Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton. Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

8. Integritas ego

Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, factor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan). Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot uka tegang, menghela nafas, peningkatan pola bicara.

9. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : angina ( penyakit arteri koroner / keterlibatan jantung), sakit



kepala

10. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural.

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi (D.0017)
2. Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit (D.0074)
3. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)

2.4.3. Intervensi Keperawatan

Menurut Muliani & Tahir.Maryam (2024), dalam buku Proses Keperawatan Pendekatan dan Praktik Intervensi keperawatan atau rencana Tindakan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan dan siapa. Intervensi keperawatan bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada perawat untuk merumuskan rencana tindakan yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah pasien. yang melakukan dari semua tindakan keperawatan

a. Diagnosa Pertama:

Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi

(Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325))

1. Minimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang



2. Cegah terjadinya kejang
3. Pertahankan suhu tubuh normal

b. Diagnosa kedua:

Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit (D.0074)

(Terapi Relaksasi I.09326)

1. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
2. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain

c. Diagnosa ketiga:

Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)

(Edukasi Kesehatan I.12383)

1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
3. Berikan kesempatan untuk bertanya

2.4.4. Implementasi Keperawatan

Menurut Muliani & Tahir.Maryam (2024), dalam buku Proses Keperawatan Pendekatan dan Praktik Implementasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan dimana melaksanakan intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan



memfasilitasi koping dengan baik jika pasien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan.

#### 2.4.5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Muliani & Tahir.Maryam (2024), dalam buku Proses Keperawatan Pendekatan dan Praktik Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien berdasarkan yang diamati dengan ujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan untuk menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan sehingga Perawat dapat mengambil keputusan untuk tindakan berikutnya yang terdiri dari:

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan (jika pasien telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan)
2. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan (jika pasien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan)
3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan (jika pasien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan).

### BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN



**FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK**

**3.1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

**1. BIODATA**

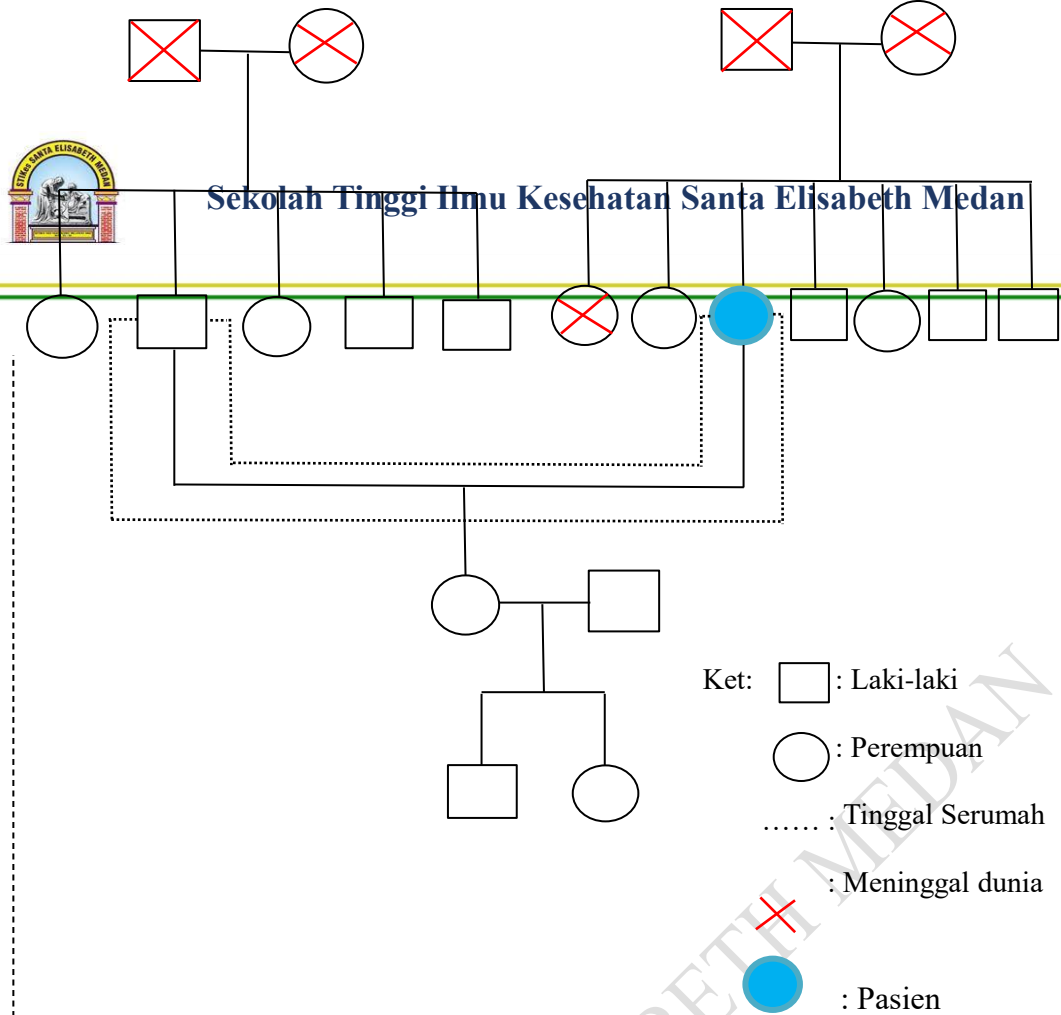
Nama : Ny.I  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Umur : 63 Tahun  
Status Perkawinan : Menikah  
Pekerjaan : Petani  
Agama : Kristen  
Pendidikan terakhir : SMA  
Alamat : Jl.Bunga Sedap Malam XV  
Tanggal Pengkajian : 08 Mei 2025  
Diagnosa Medis : Hipertensi





## **2. GENOGRAM**

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Keterangan: Ny.I dan suaminya sudah tidak memiliki kedua orang tua lagi, Ny. I bersaudara tujuh orang, saudara pertama Ny.I sudah meninggal dan Ny. I anak ketiga dari tujuh bersaudara. Sedangkan suaminya bersaudara Liama orang dan suami Ny. I anak kedua. Ny. I dan Suaminya memiliki seorang putri dan sudah menikah dan di karuniai dua orang anak yaitu laki-laki dan perempuan.

### 3. RIWAYAT KESEHATAN

#### a. Keluhan Utama :

Ny.I mengatakan kepalanya terasa pusing berat dan kaku.

#### b. Riwayat Penyakit Sekarang :



Ny.I mengatakan kurang lebih 6 bulan sampai sekarang, klien mengeluh sering nyeri kepala karena darah tinggi. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 5. Nyeri dirasakan dibagian belakang kepala dan menjalar dari depan kebelakang. Nyeri muncul ketika klien melakukan aktivitas dan nyeri berkurang ketika klien beristirahat. Pada saat diperiksa tekanan darah Ny.I 160/90 mmhg.

c. Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Ny. I mengatakan pernah mengalami sakit Batu Ginjal 3 tahun yang lalu dan sudah di operasi di Rumah Sakit Umum H.Adam Malik.

Klien tidak memiliki penyakit berat lainnya, selain penyakit Hipertensi yang sedang dideritanya sekarang.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Klien mengatakan bahwa keluarganya tidak memiliki penyakit keturunan.

#### 4. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

**a. Pola Tidur/Istirahat**

Sebelum Sakit

: Klien mengatakan sebelum sakit pola tidurnya cukup selama 8 jam.

Saat Sakit

: Klien mengatakan susah untuk tidur dimalam hari karena sering merasakan nyeri di bagian Kepala



**b. Pola Eliminasi**

Sebelum Sakit : Klien mengatakan sebelumnya BAB 1 kali sehari dan BAK 3-4 kali sehari.

Saat Sakit : Klien mengatakan tidak ada keluhan BAB dan BAK masih lancar.

**c. Pola Makan dan Minum**

Sebelum Sakit : Klien mengatakan makan sebanyak 3 kali sehari dan selera makan baik.

Saat Sakit : Klien mengatakan tetap makan 3 kali sehari.

**d. Kebersihan diri**

Sebelum Sakit : Klien dapat melakukan BAK dan BAB ke kamar mandi, serta dapat melakukan kebersihan diri seperti mandi dan berpakaian secara mandiri.

Saat Sakit : Klien mengatakan dalam melakukan kebersihan sehari-hari masih bisa dilakukannya secara mandiri



**e. Pola Kegiatan atau Aktifitas**

Sebelum Sakit : Klien mengatakan sering pergi ke kebun bersama suaminya

Saat Sakit :  
Klien mengatakan lebih sering di rumah dan jarang ikut suaminya berkebun.

**f. Penggunaan Bahan yang Merusak Kesehatan :** Tidak ada

**g. Riwayat Alergi :** Klien mengatakan tidak ada alergi obat atau makanan.

**5. DATA PSIKOSOSIAL**

- a. Pola Komunikasi : Pola Komunikasi klien baik dan respon juga baik
- b. Orang yang paling dekat dengan pasien : Suami dan keluarganya
- c. Hubungan dengan orang lain : Klien menjalin hubungan baik dengan tetangga dan orang-orang yang dikenalnya.
- d. Data kognitif : -

**6. DATA SPIRITUAL**

- a. Ketaatan Beribadah :

Klien mengatakan selalu ibadah pada hari minggu dan mengikuti doa lingkungan di tempatnya.

- b. Keyakinan terhadap sehat dan sakit :

Klien mengatakan bahwa dirinya sakit tidak ada hubungannya dengan Tuhan, tetapi dirinya percaya dapat sembuh dari penyakitnya karena Tuhan.



## 7. PEMERIKSAAN FISIK

### a. Penampilan Umum :

Klien tampak berpenampilan rapi, rambut beruban, gigi ompong, kulit berkeriput.

### b. Tanda-tanda Vital :

TD: 160/90 mmhg

T: 36,4 °C

N: 83x/i

RR: 20x/i

### c. Pemeriksaan Kepala dan Leher

1. Kepala : Kepala Ny. I tampak simetris, bersih  
tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka, rambut pendek tampak sudah beruban (warna putih),
2. Wajah : Wajah klien tampak datar, kulit wajah sudah mulai berkeriput.
3. Mata : Mata simetris, penglihatan normal, dan tidak ada peradangan di kedua mata klien.
4. Hidung : Hidung Ny. I simetris dan tidak ada pembengkakan. dan penciuman tidak terganggu.



5. Mulut dan Faring : Kebersihan mulut Ny.I baik,mukosa  
bibir lembab,tidak terdapat  
peradangan,tidak ada gangguan menelan.

d. Pemeriksaan Integumen/Kulit :

Kulit tampak berkeriput,tidak hangat,tekstur halus,dan warna kulit normal.

e. Pemeriksaan Thorax dan Dada

1. Inspeksi : Dada tampak simentris, clavicula  
terlihat,pergerakan dada simetris.

2. Palpasi : Tidak dilakukan pemeriksaan

3. Perkusi : Tidak dilakukan pemeriksaan

4. Auskultasi : Tidak dilakukan pemeriksaan.

f. Pemeriksaan Abdomen

1. Inspeksi : Bentuk perut Ny.I normal,tidak terdapat  
nyeri tekan,dan tidak terdapat lesi.

2. Auskultasi : Tidak ada pemeriksaan

3. Perkusi : Tidak dilakukan pemeriksaan.

4. Palpasi : Tidak dilakukan pemeriksaan

g. Pemeriksaan Muskuloskeletal :

Tidak ada edema,tidak ada tremor,postur tubuh tegak,rentang bebas

h. Pemeriksaan Neurologis :

Keadaan klien terlihat kesadarannya composmentis,penglihatan



masih baik, penciuman baik, dan pendengaran juga masih baik.

## 8. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- a. Laboratorium : -
- b. Foto Rontgen : -

## 9. PENATALAKSANAAN DAN TERAPI

- a. Therapi :

1. Amlodipin 10 mg: Untuk pengobatan lini pertama hipertensi  
dan dapat digunakan sebagai agen tunggal  
untuk mengontrol tekanan darah pada  
sebagian besar pasien.

- b. Penatalaksanaan Perawatan : -





### 3.2. ANALISA DATA

Nama : Ny.I Umur : 63 Tahun

Tanggal	Symptom	Etiologi	Masalah
---------	---------	----------	---------



08/05/25	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien mengatakan mengeluh nyeri jika Kepala terasa pusing</li><li>2. Klien mengatakan tengkuk terasa berat</li></ol> <p>-Pengkajian nyeri: <b>P:</b> Nyeri saat terlalu banyak beraktifitas dan berkurang saat beristirahat <b>Q:</b> Nyeri seperti ditusuktusuk <b>R:</b> Kepala <b>S:</b> Skala nyeri 5 <b>T:</b> Hilang timbul DO:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak mengeluh nyeri</li><li>2. Klien tampak lemas</li><li>3. TD: 160/90 mmhg N: 83x/i T: 36.4 ° C Skala nyeri 5</li></ol>	<p>Agen Pencegahan Fisiologis</p>	<p>Nyeri akut (D.0077)</p>
----------	--	---	--------------------------------



08/05/25	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun karena merasa pusing dan nyeri dibagian kepala klien</li><li>2.Klien mengatakan masih sering memikirkan penyakit nya yang dulu dialaminya.</li></ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak lesu</li><li>2. Klien tampak cemas</li></ol>	Hambatan Lingkungan	Gangguan Pola Tidur (D.0055)
08/05/25	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien mengatakan obatnya diminum Ketika sakitnya kambuh.</li><li>2. Klien mengatakan takut meminum obat karena pernah mengalami sakit ginjal</li></ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak bingung jika ditanya mengenai akibat dari tidak rutin dalam mengkonsumsi obat -TD: 160/90mmhg</li></ol>	Ketidak adekuatan pemahaman	Ketidak patuhan (D.0114)



### 3.3. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama : Ny.I Umur : 63 Tahun

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan
1.	08/05/2025	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis ditandai dengan Ny. I mengeluh nyeri jika Kepala terasa pusing, pasein juga mengatakan tengkuk terasa berat, Nyeri terasa Ketika beraktifitas dan berkurang saat beristirahat, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5, TD:160/90mmhg.
2.	08/05/2025	Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan Lingkungan ditandai dengan Ny. I mengatakan susah tidur dan sering terbangun karena merasa pusing dan nyeri dibagian kepala, klien mengatakan masih sering memikirkan penyakit nya yang dulu dialaminya, ditemukan klien tampak lesu.
3.	08/05/2025	Ketidakpatuhan b.d Ketidak adekuatan pemahaman ditandai dengan Ny. I mengatakan mengatakan obatnya diminum Ketika sakitnya kambuh, klien mengatakan takut meminum obat karena pernah mengalami sakit ginjal. ditemukan klien tampak bingung jika ditanya mengenai akibat dari tidak rutin dalam mengkonsumsi obat.



**3.4. INTERVENSI KEPERAWATAN**

**Nama : Ny.I Umur : 63 Tahun**

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	TTD
---------	----------------------	-----------------------	------------------	-----

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



08/05/25	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi kerepawatan selama 2 hari pada pasien diharapkan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"><li>• Keluhan nyeri menurun</li><li>• Gelisah menurun</li><li>• Ketegangan otot menurun</li></ul>	Manajemen Nyeri (I.08238) <b>Observasi :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Identifikasi lokasi, Karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li><li>- Identifikasi skala nyeri</li><li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li></ul> <b>Edukasi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li><li>- Ajarkan Teknik nonfarmakolo gi untuk mengurangi rasa nyeri</li></ul>	ESTER
----------	--	--	--	-------



09/05/25	Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan Lingkungan	Pola tidur (L.05045) Setelah dilakukan intervensi kerepawatan selama 2 hari pada pasien diharapkan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"><li>• Kesulitan tidur menurun</li><li>• Keluhan sering terjaga menurun</li></ul>	Dukungan Tidur (L.05174) <b>Observasi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li><li>- Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li></ul> <b>Terapeutik:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan misalnya: pijat dan penyetaran posisi nyaman</li></ul> <b>Edukasi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li><li>- Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.</li></ul>	ESTER
----------	---	--	---	-------



09/05/25	Ketidak patuhan b.d Ketidak adekuatan pemahaman	Tingkat pengetahuan (L.12111) Setelah dilakukan intervensi kerepawatan selama 2 hari	Dukungan kepatuhan program pengetahuan (I.12361) <b>Observasi:</b> - Identifikasi kepatuhan	ESTER
		pada pasien diharapkan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku sesuai anjuan meningkat</li> <li>• Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> </ul>	menjalani program pengobatan  <b>Terapeutik:</b> - Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani  <b>Edukasi:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan</li> <li>- Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan Kesehatan terdekat, jika perlu.</li> </ul>	





### 3.5. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Ny.I Umur : 63 Tahun

No. Diagnosa	Tanggal/ Jam	Implementasi	TTD
1.	08/05/2025 15.25	Melakukan pengkajian pada klien Ny. I	ESTER
	15.40	Melakukan pemeriksaan TTV pada klien dengan hasil yang diperoleh: TD: 160/90mmhg N : 83x/i T : 36.4 °C RR : 20x/i	
	16.00	Memberikan edukasi cara mencegah rasa nyeri dengan Memberikan media leaflet pada Ny. I	



2.	09/05/2025 09.00	Melakukan pemeriksaan TTV pada klien dengan hasil yang diperoleh: TD:150/70 mmhg T: 36 °C N : 85x/i RR : 20x/i	ESTER
	09.25	Mengkaji Mini Mental State Exam (MMSE) Pada Ny.I	
	09.30	Mengkaji Indeks KATz Pada Ny. I	

**3.5. EVALUASI Nama : Ny.I Umur : 63 Tahun**

Tanggal/No. DX	Catatan Perkembangan
09/05/2025/1	<p><b>S:</b> Ny.I mengatakan masih merasakan nyeri di kepalanya dan nyerinya hilang timbul</p> <p><b>O:</b> skala nyeri 5 (0-10) TD: 150/70 mmhg N : 85x/menit T : 36 °C RR : 20x/i</p> <p><b>A:</b> Nyeri Akut belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi skala Nyeri</li><li>2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li></ol>



09/05/2025/2	<p><b>S:</b> Ny. I mengatakan masih sulit tidur</p> <p><b>O:</b> a. Klien tampak lemah b. Kualitas tidur tidak nyenyak</p> <p><b>A:</b> Gangguan Pola Tidur Belum Teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li><li>2. Identifikasi faktor yang mengganggu tidur</li></ol>
09/05/2025	<p><b>S:</b> Ny.I mengatakan sudah memahami efek tidak mematuhi pengobatan dan perawatan dan sudah mulai teratur minum obat</p> <p><b>O:</b> Klien sudah mulai patuh untuk meminum obat</p> <p><b>A:</b> Ketidak patuhan teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p>



## BAB 4 PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis akan membahas kesinambungan antara teori dengan kasus asuhan keperawatan pada Ny. I Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut Di Kelurahan Sempakata Medan Selayang Tahun 2025 yang telah dilakukan 08 Mei 2025. Dimana pembahasan ini sesuai dengan tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### 4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk



mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Menurut (Suddart's, 2009).

Pengkajian di yang dilakukan oleh penulis pada pasien dengan kasus Hipertensi nyeri akut di dapatkan data seperti peningkatan tekanan darah sistolik, pusing, sakit pada bagian belakang kepala, leher terasa kaku dan mudah lelah. Penulis juga melakukan pemeriksaan kongnitif dengan menggunakan MMSE dan hasil yang diperoleh menunjukkan nilai 28 dari 30 pertanyaan yang berarti hasil yang di peroleh pada klien Ny.I tidak mengalami gangguan kongnitif, sedangkan pemeriksaan INDEKS KATz yang mana dilakukan untuk mengetahui tingkat fungsional klien apakah mandiri atau tergantung dan hasil yang diperoleh menunjukkan nilai 6 dari 6 pertanyaan yang berarti hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa klien Ny.I mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Penulis berasumsi bahwa pasien yang mengalami penyakit hipertensi memiliki faktor risiko terkait gaya hidup, seperti pola makan tinggi garam dan kurang aktivitas fisik, sesuai dengan teori faktor risiko. Karena sering tanpa gejala, hipertensi memerlukan deteksi dini, edukasi, dan kepatuhan terapi untuk mencegah komplikasi serius.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Ekasari et al., 2021), didapatkan hasil bahwa Hipertensi diartikan sebagai kondisi medis dimana tekanan darah meningkat melebihi batas normal. Gejala hipertensi umumnya yaitu, sakit pada bagian belakang Kepala, leher terasa kaku, sering kelelahan bahkan

mual, pandangan jadi kabur karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal, bahkan sebagian besar hipertensi ini tidak memiliki gejala .

#### 4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Suddart's, 2009) diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentanan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

Diagnosis keperawatan berdasarkan hasil analisa data yang dilakukan maka penulis menyusun diagnosis keperawatan pada Ny. I dengan kasus Hipertensi nyeri akut, Penulis mengambil dari sumber

Penulis menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI P. S., 2018).

##### 1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis

Penulis berasumsi bahwa nyeri akut dapat terjadi pada penderita hipertensi karena dapat memicu peningkatan tekanan darah karena tubuh merespons nyeri dengan melepaskan hormon stres. Hal ini bisa memperburuk kondisi seseorang yang sudah memiliki hipertensi atau memicu lonjakan tekanan darah secara tiba-tiba.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Guyton, 2021), di dapatkan bahwa nyeri akut mengaktifkan sistem saraf simpatik yang menyebabkan pelepasan hormon stres seperti adrenalin. Hormon ini meningkatkan denyut jantung dan menyempitkan pembuluh darah, sehingga tekanan darah naik. Oleh karena itu, nyeri akut dapat



memperburuk kondisi hipertensi atau memicu lonjakan tekanan darah secara tiba-tiba.

**2. Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan lingkungan**

Penulis berasumsi bahwa Gangguan pola tidur pada klien dengan hipertensi dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah akibat stimulasi sistem saraf simpatis dan gangguan regulasi hormonal. Hal ini berisiko memperburuk kondisi klien dan menurunkan efektivitas terapi keperawatan maupun farmakologis.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Wulandari, 2021) menunjukkan bahwa gangguan pola tidur berhubungan signifikan dengan peningkatan tekanan darah pada lansia penderita hipertensi. Lansia dengan kualitas tidur buruk cenderung memiliki tekanan darah lebih tinggi dibandingkan yang tidurnya baik.

**3. Ketidak patuhan b.d Ketidak adekuatan pemahaman ditandai dengan Ny.**

I mengatakan mengatakan obatnya diminum Ketika sakitnya kambuh, klien juga mengatakan takut meminum obat karena pernah mengalami sakit ginjal. ditemukan klien tampak bingung jika ditanya mengenai akibat dari tidak rutin dalam mengkonsumsi obat.

Penulis berasumsi bahwa ketidakpatuhan penderita hipertensi menyebabkan tekanan darah tidak terkontrol dan meningkatkan risiko komplikasi, yang dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan, motivasi, dan dukungan, sehingga diperlukan edukasi untuk meningkatkan kepatuhan. Hal ini sejalan dengan penelitian (Ernawati, 2022) menemukan bahwa ketidakpatuhan terhadap obat



pada penderita hipertensi berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dan risiko hipertensi tidak terkontrol. Semakin rendah kepatuhan, semakin tinggi tekanan darah penderita.

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah langkah ketiga dalam proses keperawatan setelah dilakukan pengkajian dan penentuan diagnosis. Rencana keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI P. S., 2018).

Intervensi yang dilakukan oleh penulis yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi. Intervensi keperawatan antara tinjauan teoritis dengan kasus pasien kelolaan sama (tidak terdapat kesenjangan) yang diamati dengan buku panduan SDKI,SLKI,SIKI sesuai dengan diagnosa (masalah) yang ditemui.

Pada diagnosa pertama yaitu Nyeri Akut,didapatkan dari buku SLKI yang diambil adalah Manajemen Nyeri (I.08238) dimana intervensi yang diberikan pada observasi ada 3 intervensi, dan pada edukasi ada 2 intervensi yang diterapkan pada pasien.

Pada diagnosa yang kedua yaitu Gangguan Pola Tidur, didapatkan dari buku SLKI yang diambil adalah Dukungan Tidur (I.015174) dimana intervensi yang diberikan pada observasi ada 2 intervensi, pada terapeutik 1 intervensi, dan pada





edukasi 2 intervensi yang diterapkan pada pasien.

Pada diagnosa yang ketiga yaitu Ketidakpatuhan program, didapatkan dari buku SLKI yang diambil adalah Dukungan kepatuhan program (I.12361) dimana intervensi yang diberikan pada observasi ada 1 intervensi, pada terapeutik 1 intervensi, dan edukasi ada 2 intervensi yang diterapkan pada pasien.

#### 4.4 Implementasi Keperawatan

Penulis telah melakukan tahap implementasi keperawatan yang telah ditetapkan pada intervensi sesuai waktu yang ditetapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Penulis telah berhasil melakukan implementasi dengan baik kepada klien sesuai dengan intervensi ditetapkan.

Pada kasus ini penulis melakukan implementasi sesuai dengan diagnosa pasien, yaitu :

1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis, implementasi yang diberikan sesuai dengan intervensi keperawatan pada pasien dengan nyeri akut, Seperti: Teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan tekanan darah pada pasien, hal ini didukung dari jurnal dibawah ini

**Judul Jurnal:** Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap penurunan tekanan darah pada pasien Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Sidangkal.

(Indonesia Trust Health Journal Vol 3 No.2, November 2020. Julidia Safitri



Parinduri)

**Hasil telaah:**

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi hipertensi yaitu dengan teknik relaksasi nafas dalam. Pemberian teknik relaksasi nafas dalam membantu menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi dengan menarik napas perlahan sampai mengurangi stres dan membantu pasien lebih tenang, sehingga tekanan darah lebih stabil.

2. Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan lingkungan implementasi yang diberikan sesuai dengan intervensi keperawatan pada pasien dengan Gangguan pola tidur seperti: Menganjurkan klien untuk meningkatkan kenyamanan misalnya: pijat dan pengaturan posisi nyaman
3. Ketidapatuhan b.d ketidak adekuatan pemahaman implementasi yang diberikan sesuai dengan intervensi keperawatan pada pasien dengan Ketidapatuhan seperti: Menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan, Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan Kesehatan terdekat.

**4.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan dengan Hipertensi nyeri akut adalah klien mampu melakukan Teknik relaksasi nafas dalam untuk mengatasi tekanan darah tinggi, meningkatkan kenyamanan misalnya pijat dan Pengaturan posisi nyaman untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur pasien, menganjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan Kesehatan terdekat.



## BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Simpulan

Hipertensi merupakan keadaan Ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah. Pengobatan awal pada hipertensi sangatlah penting karena dapat mencegah timbulnya komplikasi pada beberapa organ



tubuh seperti jantung, ginjal, dan otak.

Upaya untuk mencegah hipertensi dengan pengobatan farmakologi yaitu menggunakan obat antihipertensi menjadi salah satu alternatif untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Sedangkan upaya untuk mencegah agar tidak terkena hipertensi secara non farmakologi yaitu dapat dilakukan berbagai cara seperti mengatasi obesitas/menurunkan kelebihan berat badan, mengurangi asupan garam didalam tubuh, ciptakan keadaan rileks, melakukan olahraga teratur, berhenti merokok, berhenti mengkonsumsi alkohol.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah yang telah disusun oleh penulis dapat dipergunakan sebagai referensi untuk institusi pendidikan Fakultas Ilmu Keperawatan dan menuntun mahasiswa dalam menyusun Asuhan Keperawatan pada pasien Dengan Diagnosa Hipertensi Nyeri Akut.

### **5.2.2. Bagi Mahasiswa Keperawatan**

Pelayanan asuhan keperawatan pada pasien sudah cukup baik dan diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien sesuai dengan perkembangan standar asuhan keperawatan yang berlaku agar mendapatkan hasil pelayanan keperawatan yang bermutu dan berkualitas.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Anwar, M. S., & Cusmarih, C. (2022). The Effectiveness Off Counseling On Drug Compliance in Hypertension Patients at Babelan I Public Health Center in 2022. *Malahayati Nursing Journal*, 4(9), 2440–2458. <https://doi.org/10.33024/mnj.v4i9.7096>
- dr.Tambayong Jan. (2015). *Patofisiologi untuk keperawatan* (pp. 94–95).



- Penerbit Buku Kedokteran EGC. file:///C:/Users/62822/Buku Hipertensi.htm
- Ekasari, M. F., Suryati, E. S., Badriah, S., Narendra, S. R., & Amini, F. I. (2021). Hipertensi : Kenali penyebab, tanda gejala dan penanganannya. *Hipertensi*, 28. <http://repo.poltekkestasikmalaya.ac.id/1582/1/1.Buku Kenali Hipertensi>
- Ernawati. (2022). Association of adherence measured by self-reported pill count with achieved blood pressure level in hypertension patients: a crosssectional study. *Clinical Hypertension*.
- Fitri, D. Y., Puteri, A. D., & Widawati, W. (2023). Asupan Protein, Serat, Natrium, dan Hipertensi pada Dewasa Pertengahan 45-59 Tahun (Middle Age) di Desa Palung Raya, Kampar, Riau. *Jurnal Ilmu Gizi Dan Dietetik*, 2(3), 199–206. <https://doi.org/10.25182/jigd.2023.2.3.199-206>
- Guyton, H. (2021). Teori Fisiologis Stres. *Fisiologi Stres*.
- Jamal, F., Andika, T. D., & Adhiany, E. (2022). Penilaian dan Modalitas Tatalaksana Nyeri. *Ked. N. Med* , 5(3), 66–73.
- Mickey Stanley. (2007). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2. In *Egc* (p. Jakarta). file:///C:/Users/62822/Downloads/adminasri,+JKM\_12380.pdf
- Muliadi, D., Riduansyah, M., Tasalim, R., & Mahmudah, R. (2024). Eektivitas pemberian air kelapa muda gejala pusing (Cocos Nucifera) Terhadap Penurunan tekanan darah pada pasien Hipertensi Primer. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 14(2), 581–588. <https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/1979/1260>
- Muliani, S. S., & Tahir.Maryam. (2024). Efektifitas Relaksasi Napas dalam pada Lansia Hipertensi yang Mengalami Kecemasan di RS Bhayangkara Palu Polda Sulteng. 7(1), 102–109. <https://doi.org/10.56338/jks.v7i1.4330>
- Nugroho, H. W. (2008). *Buku keperawatab Gerontik & Geriatrik* (pp. 174–183). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Nusi, S. H., Nilotama, S. K. L., & AJoedawinata, H. (2023). Analisa Faktor Kenyamanan Fisik Interior Terhadap Pola Kerja Dalam Meningkatkan Produktivitas Kerja. *Jurnal ART&Desing*, 291–307. <https://doi.org/10.25105/jsrr.v6i2.17747>
- Pokhrel, S. (2024). Pemberian edukasi manajemen nyeri dengan terapi perilaku,kompres hangat dan dingin,alat tens,dan akunpuntur untuk



mengurangi nyeri. *Ayan*, 15(1), 37–48.

Putri, N. tri, R, R., Febrianti, N., & S, S. (2022). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi. *An Idea Nursing Journal*, 1(01), 43–50. <https://doi.org/10.53690/inj.v1i01.114>

Rahmadani Firdaus et al., 2023. (2023). Global health science. *Global Health Science*, 8(1), 41–46. file:///C:/Users/62822/Downloads/596-1462-1-PB.

Simanullang, R. H., Simbolon, S. M., Hasibuan, A. I., Hasibuan, B., Putri, D. W., Tarigan, E. S., Pangaribuan, G. J., Sinambela, I. J., Panjaitan, J. L., Zai, J. V. C., & Butarbutar, K. (2022). Edukasi Relaksasi Otot-Otot Progresif Menurunkan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi di Dusun Vii Desa Laut Dendang Kec. Percut Sei Tuan Kabupaten Deli Serdang Sumatera Utara. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)*, 5(9), 3056–3066. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i9.7369>

Wati, N. K., Kesumadewi, T., Inayati, A., Dharma, A. K., & Metro, W. (2022). Penerapan Guided Imagery (Imajinasi Terbimbing) Terhadap Skala Nyeri Pasien Thalasemia Dan Dispepsia Di Rsud Jend. Ahmad Yani Kota Metro Implementation of Guided Imagery on Pain Scale of Thalasemia and Dyspepsia Patients in Rsud Jend. Ahmad Yani Metro Cit. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(3), 375–382.

Wulandari. (2021). Hubungan Gangguan Pola Tidur dengan Hipertensi Lansia di Desa Sei Kapitan, Kabupaten Kotawaringin Barat. *Jurnal Borneo Cendekia Medika*.

Wulandari, A., Sari, S. A., & Ludiana. (2023). Penerapan Relaksasi Benson Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Rsud Jendral Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2022. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(2), 163–171. <https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/viewFile/453/288>

Zulkifli B. Pomalango. (2023). Penerapan Teori Keperawatan Comfort Katharine Kolcaba dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Perioperatif. *Jurnal Anestesi*, 1(3), 118–127. <https://doi.org/10.59680/anestesi.v1i3.342>

#### LAMPIRAN DOKUMENTASI



## Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

### MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)

NO	ITEM PENILAIN	BENAR (1)	SALAH (0)
<b>ORIENTASI</b>			
1	1. Tahun berapa sekarang? 2025	✓	
	2. Musim apa sekarang? Kemarau	✓	
	3. Tanggal berapa sekarang? 18 Mei	✓	
	4. Hari apa sekarang? Minggu	✓	
	5. Bulan apa sekarang? Mei	✓	
	6. Di negara mana anda tinggal? Indonesia	✓	
	7. Di provinsi mana anda tinggal? Sumatera utara	✓	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal? Medan	✓	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal? Medan Selayang	✓	
	10. Di desa mana anda tinggal? Sempasata	✓	
<b>2 REGISTRASI</b>			
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. Meja.....	✓	
	12. Buku.....	✓	
	13. Tas.....	✓	
<b>3 PERHATIAN DAN KULKULASI</b>			
	Minta klien meneja 5 kata dari belakang , misal " BAPAK "		
	14. K	✓	
	15. A	✓	
	16. P	✓	
NO	ITEM PENILIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
	17. A	✓	
	18. B	✓	
<b>MENGINGAT</b>			
	Minta klien untuk mengulang objek di atas		
	19. Meja.....	✓	
	20. Tas.....		✓
	21. Buku.....		✓
<b>BAHASA</b>			
<b>a. Penamaan</b>			
	Tunjukan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	22. Jam tangan	✓	
	23. Pensil	✓	
<b>b. Pengeulangan</b>			
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut:		
	24. "tidak ada jika, dan, atau tetapi"	✓	
<b>c. Perintah tiga langkah</b>			
	25. Ambil kertas!	✓	





26. Lipat dua!	✓	
27. Taruh dilantai!	✓	
<b>d. Turutin hal berikut</b>		
28. Tutup mata	✓	
29. Tulis satu kalimat	✓	
30. Salin gambar	✓	
<b>JUMLAH</b>		

Analisa hasil :

Nilai  $\leq 21$  : kerusakan kognitif

Catatan :

Ny.1 Menjawab benar sebanyak 28 dan menjawab salah 2. Maka dapat disimpulkan bahwa Ny.1 tidak ada gangguan kognitif.



INDEKS KATz

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantungan
1	Mandi ;		
	Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.	✓	
	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta mandi sendiri	✓	
2.	<b>Berpakaian</b>		
	Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing/mengikat pakaian	✓	
	Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian	✓	
3.	<b>Kekamar kecil</b>		
	Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri	✓	
	Menerima bantuan untuk masuk kamar kecil dan menggunakan pispot	✓	
4.	<b>Berpindah</b>		
	Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri	✓	
	Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau lebih berpindah	✓	
5.	<b>Kontinen</b>		
	BAB dan BAK seluruhnya dikontrol sendiri	✓	
	Inkontinensia persial atau total: penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	✓	
6	<b>Malam</b>		
	Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri	✓	
	Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali dan makan parenteral		



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



**Keterangan:**

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

**Analisis Hasil:**

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

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

Nilai C ; Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut : kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

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

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

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

Nilai G ; Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

**Catatan**

Klien mampu melakukan enam aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri.

### TANDA DAN GEJALA HIPERTENSI

- Sakit kepala
- Jantung berdebar
- Pandangan mata kabur
- Mudah lelah
- Nyeri tengkuk
- Gelisah, dll

### KOMPLIKASI HIPERTENSI

- Stroke
- Penyakit jantung
- Penyakit ginjal

### AYO CEGAH HIPERTENSI

- C** Cek kesehatan secara berkala
- E** Enyapkan asap rokok
- R** Rajin aktivitas fisik
- D** Diet seimbang
- I** Istirahat cukup
- K** Kelola stres

### APA ITU HIPERTENSI?

Hipertensi diartikan sebagai tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg atau tekanan darah yang membutuhkan pengobatan antihipertensi.

### APA SAJA YANG DAPAT MENYEBABKAN HIPERTENSI?

- Keturunan atau genetik
- Usia
- Jenis kelamin
- Kurang aktivitas fisik
- Makanan tinggi garam
- Kelebihan berat badan
- Gaya hidup seperti merokok, konsumsi kopi, dan konsumsi alkohol.
- Stres

### HIPERTENSI DAN CARA MENCEGAHNYA



Oleh:

**Ester L. Situmorang**  
NIM: 052024062

**Prodi Ners Tahap Profesi**  
**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan**  
**Santa Elisabeth Medan**  
**Tahun 2024/2025**

### POLA MAKAN PENDERITA HIPERTENSI

#### Gula

Batasi konsumsi gula  
<4 sdm per hari

#### Garam

- Batasi garam <1 sendok teh per hari
- Kurangi garam saat memasak
- Batasi makanan olahan dan cepat saji

#### Protein dan Lemak

- Batasi makanan berlemak/digoreng <5 sendok makan minyak perhari
- Makan ikan sedikitnya 3 kali perminggu

#### Buah-Buahan dan Sayuran

5 porsi (400-500 gram) buah-buahan dan sayuran per hari (1 porsi setara dengan 1 buah jeruk, apel, mangga, pisang atau 3 sendok makan sayur yang sudah dimasak)

### KOMPRES HANGAT TENGKUK

Persiapan kompres hangat tengkuk:

- Air hangat
- 2 handuk kecil

#### Tujuan

Mengurangi nyeri, melemaskan otot, memperlancar aliran darah, memberikan kenyamanan pada tengkuk.



### RELAKSASI TARIK NAPAS DALAM

Relaksasi tarik napas dalam merupakan cara sederhana untuk mengatasi stres, mengurangi nyeri, mengatasi cemas, dan meredakan amarah.

Relaksasi tarik napas dalam efektif untuk mengurangi tekanan darah tinggi







STIKES SANTA ELISABETH MEDAN