

*Lampiran 1*

**INFORMED CONSENT**

**PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : Tunah

Usia : 37 tahun

Alamat : Jalan bunut Rt 05 Rw 04

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Dengan Senam Yoga Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi di Kecamatan Cipayung, Jakarta Timur yang akan dilakukan oleh **Revana Evilia Tandon** mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Jakarta.

Saya telah dijelaskan bahwa jawaban wawancara ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan saya dengan sukarela bersedia menjadi responden penelitian ini.

Jakarta, Juli 2024

Yang Menyatakan

  
(.....  
Tunah.....)

Nama Jelas

*Lampiran 1*

**INFORMED CONSENT**

**PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Dengan menandatangani lembar ini, saya :

Nama : Nurmayati Ningih.

Usia : 39 tahun

Alamat : Jalan buntar Rt 05 Rw 04

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Dengan Senam Yoga Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi di Kecamatan Cipayung, Jakarta Timur yang akan dilakukan oleh **Revana Evilia Tandon** mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Jakarta.

Saya telah dijelaskan bahwa jawaban wawancara ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan saya dengan sukarela bersedia menjadi responden penelitian ini.

Jakarta, Juli 2024

Yang Menyatakan



(NURMAYATI N.)

Nama Jelas

Lampiran 2

LEMBAR OBSERVASI

| No | Hari/Tanggal          | Responden 1        |                    | Responden 2        |                    |
|----|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|    |                       | Pre                | Post               | Pre                | Post               |
| 1  | Senin<br>20 Mei 2024  | 155/<br>98<br>mmHg | 148/<br>94<br>mmHg | 150/<br>97<br>mmHg | 144/<br>93<br>mmHg |
| 2  | Selasa<br>21 Mei 2024 | 151/<br>97<br>mmHg | 144/<br>92<br>mmHg | 148/<br>95<br>mmHg | 141/<br>90<br>mmHg |
| 3  | Rabu<br>22 Mei 2024   | 148/<br>95<br>mmHg | 142/<br>90<br>mmHg | 145/<br>96<br>mmHg | 138/<br>91<br>mmHg |
| 4  | Kamis<br>23 Mei 2024  | 145/<br>94<br>mmHg | 133/<br>89<br>mmHg | 140/<br>91<br>mmHg | 134/<br>86<br>mmHg |
| 5  | Jumat<br>24 Mei 2024  | 140/<br>90<br>mmHg | 133/<br>85<br>mmHg | 135/<br>89<br>mmHg | 128/<br>84<br>mmHg |
| 6  | Sabtu<br>25 Mei 2024  | 134/<br>86<br>mmHg | 127/<br>82<br>mmHg | 130/<br>85<br>mmHg | 123/<br>80<br>mmHg |
| 7  | Minggu<br>26 Mei 2024 | 130/<br>85<br>mmHg | 123/<br>80<br>mmHg | 127/<br>84<br>mmHg | 120/<br>79<br>mmHg |

Sumber : Ketut sidiantara 2022

Lampiran 3

LEMBAR BIMBINGAN



Fakultas Keperawatan  
Bhakti Kencana  
University

Jl. Soekarno Hatta No. 754 Bandung  
☎ 022 7630 760 022 7630 763  
✉ bku.ac.id contact@bku.ac.id

12.03.00/FRM-03/CAB.JKT-SPMI

CATATAN BIMBINGAN PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Revana Eulvia Tandon  
NIM : 2111603004  
Judul Proposal : Asuhan keperawatan dengan senam yoga menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi  
Nama Pembimbing : Ns. Tatik Setiarni, Skep., Mkm

| No | Hari/Tanggal         | Catatan Pembimbing                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Paraf Pembimbing |
|----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1. | Rabu / 24 April 2024 | Bab I Definisi pertama diubah, database dari DKI Jakarta diperluas dengan yoga, revisi bab 1 lanjut Bab 2                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |
| 2. | Sabtu / 4 Mei 2024   | Bab I Ruang Lingkup, Bab 2 Revisi sesuai pedoman (Penomoran)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |
| 3. | Selasa / 7 Mei 2024  | Bab 1 Revisi di akhir kata-kata, tambahkan kalimat "latar belakang", tulis "dalam buku" dengan judul "menurut", et all di bagian dtk, Bullets di bagian jadi abjad kuning, lebih kata pasien atau klien, Point <del>kriteria</del> kriteria Inklusif berdasarkan penelitian sebelumnya 33 B, kalimat lebih dari satu di akhir a), Daftar pustaka spasi 1 beda jurnal 1,5 spasi |                  |
| 4. | Rabu 8 Mei 2024      | Penomoran halaman, Daftar pustaka nama Penulis sama ubah (---), kriteria Inklusif                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |
| 5. | Kamis 9 Mei 2024     | ACC Pembimbing 1, Lanjut Pembimbing 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 6. | Kamis 9 Mei 2024     | Penomoran, data DKI Jakarta tekanan darah, evaluasi kepa-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |

Watan secara teori, teori hatha yoga.

TERKENDALI

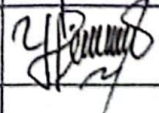
ASLI



12.03.00/FRM-03/CAB.JKT-SPMI

CATATAN BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Revana Evika Tandon  
NIM : 211FK08004  
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Dengan Senam Yoga Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi di Kelurahan Pondok Ronggon  
Nama Pembimbing : Ns. Tatik Setiawati, S.Kep. Nkm & Yuli Astuti, S.Km., M.Kes

| No | Hari/Tanggal           | Catatan Pembimbing                                                                                                                                                                                                                                                                       | Paraf Pembimbing                                                                      |
|----|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Rabu<br>12 Juni 2024   | Bab IV Perbaiki Susunan dan lanjut Bab V, tambahkan referensi                                                                                                                                                                                                                            |    |
| 2. | Jumat<br>21 Juni 2024  | - Sistem hematologi tambahkan tidak Rusak<br>- Jelaskan Pada Pemeniksaan Penunjang kenapa tidak Perlu dilakukan .<br>- Jelaskan alasan Penulis memilih dah-<br>raja yoga Pada penatalaksanaan .<br>- Pada kompleks Jelaskan alasan responden tidak terkena komplikasi<br>- Lanjut Bab VI |   |
| 3. | Sabtu<br>22 Juni 2024  | Lengkapi lampiran, lengkapi keter-<br>batasan dan solusinya                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 4. | Selasa<br>25 Juni 2024 | Koreksi Penulisan, Pastikan tidak<br>ada yang terlewat, lengkapi lampiran                                                                                                                                                                                                                |  |
| 5. | Rabu<br>26 Juni 2024   | Lampiran documentasi, Lanjut ke<br>Pembimbing 2                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 6. | Sabtu<br>29 Juni 2024  | - Dalam daftar isi dimatuhkan<br>subtab di bab V (di heading)<br>- Identitas Pada pengkajian dihapus<br>- Pada analisa data, data Ny. T & Ny. N<br>dipisah.<br>- Pada tabel riwayat kesehatan sekarang                                                                                   |  |

TERKENDALI

ASLI



12.03.00/FRM-03/CAB.JKT-SPMI

CATATAN BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Revana Evika Tandon  
NIM : 211F08004  
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Dengan Senam Yoga untuk menurunkan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Kelurahan Pondok Ranggon  
Nama Pembimbing : Ms. Tahik Setiawan, S.Kep. Ners & Yuli Astuti, S.Km., M.Kes.

| No | Hari/Tanggal          | Catatan Pembimbing                                                    | Paraf Pembimbing |
|----|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------|
|    | Sabtu<br>29 Juni 2024 | di tambahkan sejauh mana pasien mengontrol Penyakit Hipertensi        |                  |
|    |                       | - Pada riwayat kesehatan masa lalu tambahkan Pola makan dan kebiasaan |                  |
|    |                       | - Pada Psikososial dijelaskan kegiatan masyarakatnya.                 |                  |
|    |                       | - Pada kondisi lingkungan tambahkan dan jelaskan secara rinci.        |                  |
|    |                       | - Pada nutrisi dan cairan, menu makanan yang bertentangan dengan Ht   |                  |
|    |                       | - Pada Hematologi ditambahkan sesuai format pengkajian                |                  |
| 7  | Kabu<br>3 Juli 2024   | - Perubahan tabel rata-rata menjadi Hasil Pengaturan Penurunan TD     |                  |
|    |                       | - Bab 5 etiologi di ubah bagian etiologi diperbaiki                   |                  |
|    |                       | - Bab 5 ditambahkan data yang mendukung.                              |                  |
|    |                       |                                                                       |                  |
|    |                       |                                                                       |                  |

TERKENDALI

ASLI

Lampiran 4

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>SOP PEMERIKSAAN HIPERTENSI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                   | <b>SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Pengertian                                                                        | Suatu tindakan pengukuran dan pengamatan tekanan darah. Tekanan darah adalah tekanan dari darah yang dipompa oleh jantung.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Tujuan                                                                            | Untuk mengetahui nilai tekanan darah.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Alat dan Bahan                                                                    | Sphygmomanometer, stetoskop, buku catatan dan pulpen, alat ukur waktu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Prosedur Pelaksanaan                                                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada.</li> <li>b. Mencuci tangan.</li> <li>c. Menempatkan alat dekat pasien dengan benar.</li> </ol> </li> <li>2. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik.</li> <li>b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien atau keluarga.</li> <li>c. Menanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan diberikan.</li> </ol> </li> <li>3. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengatur posisi pasien : Supinasi.</li> <li>b. Menempatkan diri disebelah pasien, bila memungkinkan.</li> <li>c. Letakkan lengan yang hendak diukur.</li> </ol> </li> </ol> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Pasang manset pada lengan atas sekitar 3cm diatas fossa cubiti.</li> <li>e. Tentukan denyut nadi arteri radialis secara perlahan.</li> <li>f. Letakan diafragma stetoskop diatas nadi brakhialis.</li> <li>g. Pompa terus sampai manometer 20 mmHg lebih tinggi dari titik radialis tidak teraba.</li> <li>h. Kempeskan balon udara manset secara perlahan.</li> <li>i. Catat mmHg manometer saat pertama kali denyut nadi teraba kembali. Nilai ini menunjukkan tekanan sistolik.</li> <li>j. Dan catat denyut nadi saat terakhir kali dan ini menunjukkan tekanan diastolik.</li> </ul> <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan evaluasi Tindakan.</li> <li>b. Berpamitan dengan pasien.</li> <li>c. Membereskan alat-alat.</li> <li>d. Mencuci tangan.</li> <li>e. Dokumentasi.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Sumber : Dimas 2017</i></p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Lampiran 5

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>SOP TINDAKAN SENAM YOGA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                   | <b>SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Pengertian                                                                        | Senam yoga merupakan gabungan pernapasan, relaksasi, meditasi dan peregangan, menyatukan tubuh, pikiran dan jiwa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tujuan                                                                            | Senam yoga digunakan untuk mengatasi berbagai masalah seperti stress, ketegangan otot nyeri, hipertensi dan lain-lain.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Alat dan Bahan                                                                    | Matras, Audio Visual, Dan Alat Ukur Waktu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Prosedur Pelaksanaan                                                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengumpulkan data klien.</li> <li>b. Menciptakan lingkungan yang nyaman untuk dilakukan tindakan keperawatan.</li> <li>c. Mengukur tekanan darah klien.</li> <li>d. Melakukan verifikasi tindakan pemberian Senam Yoga.</li> <li>e. Menyiapkan alat dan bahan.</li> </ol> </li> <li>2. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan salam kepada klien dengan menyapa nama klien dan mahasiswa/perawat memperkenalkan diri.</li> <li>b. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan kepada klien.</li> <li>c. Melakukan kontrak waktu dan tempat kepada klien.</li> </ol> </li> </ol> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>d. Menanyakan persetujuan dan persiapan klien sebelum diberikan tindakan Senam Yoga.</p> <p>3. Tahap Kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Atur klien dengan posisi duduk</li> <li>b. Melakukan gerakan meditasi selama 5 menit</li> <li>c. Posisi duduk tangan kanan lurus tangan kiri mengunci tangan kanan dilakukan secara bergantian.</li> <li>d. Posisi berdiri kaki dibuka lebar, tangan diletakkan di lantai.</li> <li>e. Posisi seperti cat pose.</li> <li>f. Posisi duduk lalu menghadap kanan dan kiri kaki satu di tekuk ke belakang, satu kaki dipijakkan.</li> <li>g. Posisi berbaring, meringkuk dahi menempel di lutut.</li> <li>h. Posisi duduk Jari jempol menutup hidung kiri, jari tengah menyentuh dahi, anjurkan melakukan napas secara perlahan. Dilakukan bergantian.</li> <li>i. Posisi duduk kaki disilang, pegang pinggang tekan perut secara perlahan.</li> <li>j. Posisi berbaring, meringkuk kaki diatas, tangan memegang kaki.</li> </ul> <p>4. Tahap Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Merapihkan alat.</li> <li>b. Evaluasi setelah pemberian senam yoga.</li> <li>c. Kontrak tindak lanjut.</li> <li>d. Salam.</li> <li>e. Dokumentasi hasil tindakan.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Sumber : Ni kadek 2022</i></p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal Pengkajian : 20 Mei 2024  
Tanggal Masuk :  
Ruang / Kelas :  
Nomor Register :  
Diagnosa Medis :

### A. IDENTITAS KLIEN

Nama Klien : Ny. T  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Usia : 37 tahun  
Status Perkawinan : Menikah  
Agama : Islam  
Suku Bangsa : Betawi - Sunda  
Pendidikan : SMK  
Bahasa yang digunakan : Indonesia  
Pekerjaan : Ibu Rumah tangga  
Alamat : Jalan Bukit RT 05 RW 04 Kel. Pondok Ranggon  
Sumber biaya : (Pribadi) perusahaan / lain-lain (sebutkan : .....)\*  
Sumber informasi : (Pasien) Keluarga / .....\*

### B. RIWAYAT KEPERAWATAN

#### 1. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Keluhan utama : Kepala Pusing, nyeri pada bagian leher belakang (tengokuk)
- b. Kronologis keluhan :  
Faktor pencetus :  
☐ Timbulnya keluhan : (✓) Mendadak ( ) Bertahap  
☐ Lamanya :  
Klien mengatakan sudah lama menderita hipertensi selama 6 tahun  
☐ Upaya mengatasi :  
Klien mengatakan memeriksakan kondisinya ke puskesmas

#### 2. Riwayat Kesehatan Masa lalu

- a. Riwayat alergi ( obat, makanan, binatang, lingkungan )

klien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan, binatang, lingkungan

.....

b. Riwayat Kecelakaan :

klien mengatakan tidak ada riwayat kecelakaan

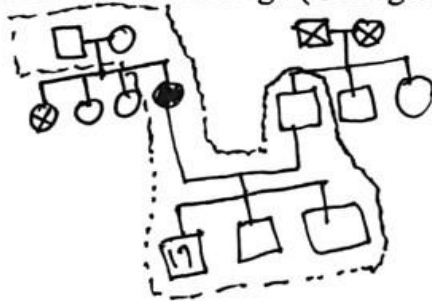
c. Riwayat di rawat di RS ( kapan, alasan,, dan berapa lama ) :

klien mengatakan tidak ada riwayat dirawat di RS

d. Riwayat penggunaan obat-obatan :

klien mengatakan riwayat penggunaan obat hanya: amlodipin 10 gram

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan keterangan)



4. Penyakit yang pernah di derita oleh anggota keluarga ( faktor resiko )

klien mengatakan ibu dan bapaknya memiliki penyakit seperti klien dental (hipertensi)

5. Riwayat Psikososial dan Spiritual

a. Adakah orang terdekat dengan pasien :

suami, kedua orang tua klien, dan anaknya.

b. Interaksi dalam keluarga

□ Pola komunikasi

klien mengatakan pola komunikasi klien dengan keluarga baik

□ Pembuatan keputusan :

klien mengatakan pembuatan keputusan bersama-sama karena harus dikomunikasikan bersama.

□ Kegiatan kemasyarakatan :

klien mengatakan kadang-kadang aktif mengikuti kegiatan kemasyarakatan.

c. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga :

klien mengatakan tidak ada dampak penyakit pasien terhadap keluarga.

d. Masalah yang mempengaruhi pasien :

.....

e. Mekanisme koping terhadap stress

- ( ) Pemecahan masalah                      ( ) Minum obat  
( ) Makan                                      ( ) Cari pertolongan  
( ) Tidur                                      ( ) Lain – lain, sebutkan : .....

f. Persepsi pasien terhadap penyakitnya :

- ☐ Hal yang sangat di pikirkan saat ini :  
klien mengatakan tidak terlalu memakutkan penyakitnya kalau semakin dipikirkan malah membuat stres dan menambah beban pikiran
- ☐ Harapan setelah menjalani perawatan :  
klien mengatakan berharap tekanan darahnya menurun dan stabil.
- ☐ Perubahan yang di rasakan setelah jatuh sakit :  
klien mengatakan tidak ada perubahan signifikan terhadap penyakit yang di derita klien.

g. Sistem nilai kepercayaan :

- ☐ Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan :  
klien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan.
- ☐ Aktivitas Agama / Kepercayaan yang di lakukan :  
klien mengatakan sholat 5 waktu dan mengaji (membaca al-quran).

6. Kondisi Lingkungan Rumah

( Lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini ) :

klien mengatakan kondisi lingkungan rumah klien tidak mempengaruhi kesehatan saat ini.

7. Pola Kebiasaan sehari-hari

| Pola Kebiasaan | Sebelum Sakit | Sesudah Sakit ( di RS ) |
|----------------|---------------|-------------------------|
|----------------|---------------|-------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <p><b>Nutrisi</b></p> <p>a. Makan</p> <p><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari</p> <p><input type="checkbox"/> Nafsu makan</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan makanan<br/>( mual, muntah, sariawan, dsb)</p> <p><input type="checkbox"/> Porsi makanan</p> <p><input type="checkbox"/> Jenis makanan</p> <p><input type="checkbox"/> Makanan yang di sukai</p> <p><input type="checkbox"/> Makanan yang tidak di sukai</p> <p><input type="checkbox"/> Makanan pantangan</p> <p><input type="checkbox"/> Penggunaan alat bantu<br/>( NGI / OGT, mandiri, dll )</p> <p>b. Minum</p> <p><input type="checkbox"/> Kuantitas ( liter / hari )</p> <p><input type="checkbox"/> Jenis minuman</p> <p><input type="checkbox"/> Minuman yang disukai</p> <p><input type="checkbox"/> Minuman yang tidak di sukai</p> <p><input type="checkbox"/> Minuman pantangan</p> | <p>3x / hari</p> <p>barek</p> <p>tidak ada</p> <p>1 Porsi habis</p> <p>rebus &amp; bubur</p> <p>Semua makanan suka</p> <p>tidak ada</p> <p>tidak ada</p> <p>mandiri</p> <p>± 2 liter</p> <p>air mineral</p> <p>teh tawar</p> <p>Soda</p> <p>tidak ada</p> | <p>3x / hari</p> <p>barek</p> <p>tidak ada</p> <p>1 Porsi habis</p> <p>rebus &amp;</p> <p>Semua makanan suka</p> <p>tidak ada</p> <p>mengurangi konsumsi</p> <p>mandiri</p> <p>± 2 liter</p> <p>air mineral</p> <p>teh tawar</p> <p>Soda</p> <p>mengurangi konsumsi</p> <p>kopi</p> | <p>tubus</p> <p>garam</p> |
| <p><b>Eliminasi</b></p> <p>a. BAB</p> <p><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari</p> <p><input type="checkbox"/> Waktu • Warna</p> <p><input type="checkbox"/> Konsistensi</p> <p><input type="checkbox"/> Keluhan</p> <p><input type="checkbox"/> Penggunaan pencahar</p> <p>b. BAK</p> <p><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari</p> <p><input type="checkbox"/> Warna</p> <p><input type="checkbox"/> Keluhan</p> <p><input type="checkbox"/> Penggunaan alat bantu<br/>( kateter, dll )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>2x / hari</p> <p>Pagi &amp; malam kuning</p> <p>normal</p> <p>tidak ada</p> <p>tidak</p> <p>4-7 x / hari</p> <p>kuning jernih</p> <p>tidak ada</p> <p>tidak</p>                                                                                        | <p>2x / hari</p> <p>Pagi &amp; malam kuning</p> <p>normal</p> <p>tidak ada</p> <p>tidak</p> <p>4-7 x / hari</p> <p>kuning jernih</p> <p>tidak ada</p> <p>tidak</p>                                                                                                                  | <p>kateter</p>            |
| <p><b>Personal Hygiene</b></p> <p>a. Mandi</p> <p><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari</p> <p><input type="checkbox"/> Penggunaan sabun mandi</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>2x / hari</p> <p>1ya Pakek sabun</p>                                                                                                                                                                                                                   | <p>2x / hari</p> <p>1ya, Pakek sabun</p>                                                                                                                                                                                                                                            |                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cara ( dibantu / mandiri )<br><input type="checkbox"/> Waktu<br>b. Oral hygiene<br><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari<br><input type="checkbox"/> Penggunaan pasta gigi<br><input type="checkbox"/> Cara ( dibantu / mandiri )<br><input type="checkbox"/> Waktu<br>c. Cucu rambut<br><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari, atau / minggu<br><input type="checkbox"/> Penggunaan sampo<br><input type="checkbox"/> Cara ( dibantu / mandiri )<br>d. Perawatan kuku<br><input type="checkbox"/> Frekuensi / minggu, atau / bulan<br><input type="checkbox"/> Cara ( dibantu / mandiri )<br><input type="checkbox"/> Alat yang di gunakan<br>( silet, gunting kuku, dsb ) | mandiri<br>Pagi & Sore<br><br>3x / hari<br>Pakai Pasta gigi<br>mandiri<br>Pagi, Sore, & sebelum<br>tidur malam<br>4-5x / minggu<br>Pakai Shampoo<br>mandiri<br><br>1x / minggu<br>mandiri<br>gunting kuku | mandiri<br>Pagi & Sore<br><br>3x / hari<br>Pakai Pasta gigi<br>mandiri<br>Pagi, Sore & sebelum<br>tidur<br>4-5x / minggu<br>Pakai Shampoo<br>mandiri<br><br>1x / minggu<br>mandiri<br>gunting kuku |
| Istirahat dan tidur<br>a. Istirahat<br><input type="checkbox"/> Kegiatan saat istirahat<br>( baca buku, nonton tv, dsb )<br><input type="checkbox"/> Waktu istirahat<br><input type="checkbox"/> Orang yang menemani<br>waktu istirahat<br>b. Tidur<br><input type="checkbox"/> Lama tidur siang ( jam / hari )<br><input type="checkbox"/> Lama tidur malam ( jam / hari )<br><input type="checkbox"/> Kebiasaan sebelum tidur<br><input type="checkbox"/> Gangguan tidur                                                                                                                                                                                                                                   | nonton tv<br><br>Suami<br><br>kadang-kadang<br>15 menit / hari<br>± 8 jam / hari<br>Menonton tv<br>tidak ada                                                                                              | nonton tv<br><br>Suami<br><br>kadang-kadang<br>15 menit / hari kadang-kadang<br>± 8 jam / hari<br>menonton tv<br>tidak ada                                                                         |
| Aktivitas dan latihan<br><input type="checkbox"/> Waktu bekerja ( pagi/siang/malam )<br><input type="checkbox"/> Lama bekerja ( jam / hari )<br><input type="checkbox"/> Aktif Olahraga<br><input type="checkbox"/> Jenis Olahraga<br><input type="checkbox"/> Frekuensi Olahrag / minggu<br><input type="checkbox"/> Keluhan ketika beraktifitas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Pagi<br>tidak menentu<br>jarang olahraga<br><br>mudah lelah                                                                                                                                               | tidak menentu<br>jarang olahraga<br><br>mudah lelah                                                                                                                                                |

|                                                                                         |       |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| Kegiatan yang mempengaruhi kesehatan                                                    |       |       |
| a. Merokok                                                                              |       |       |
| <input type="checkbox"/> Ya / tidak                                                     | Tidak | tidak |
| <input type="checkbox"/> Jumlah ( batang/hari )                                         | -     | -     |
| <input type="checkbox"/> Lama pemakaian ( ... tahun / bulan / minggu / hari yang lalu ) | -     | -     |
| b. Minuman keras / NAFZA                                                                |       |       |
| <input type="checkbox"/> Ya / tidak                                                     | tidak | tidak |
| <input type="checkbox"/> Jenis                                                          | -     | -     |
| <input type="checkbox"/> Frekuensi ( / hari, atau / minggu )                            | -     | -     |
| <input type="checkbox"/> Lama pemakaian ( ... tahun / bulan / minggu / hari yang lalu ) | -     | -     |

### C. PENGKAJIAN FISIK 1.

#### Pemeriksaan Fisik Umum

- a. Berat badan : 76 kg Sebelum sakit : 76 kg
- b. Tinggi badan : 155 cm
- c. Tekanan darah : 155 / 98 mmHg
- d. Nadi : 92 x/menit
- e. Frekuensi nafas : 20 x/menit
- f. Suhu tubuh : 36,3 ° C
- g. Keadaan umum (✓) Sakit Ringan ( ) Sakit Sedang
- ( ) Sakit Sedang
- h. Pembesaran kelenjar betah bening (✓) Tidak ( ) Ya, Lokasi : .....

#### 2. Sistem Penglihatan

- a. Posisi mata (✓) Simetris ( ) Asimetris
- b. Kelopak mata (✓) Normal ( ) Ptosis
- c. Pergerakan bola mata (✓) Normal ( ) Abnormal
- d. Konjunktiva (✓) Merah muda ( ) Sangat merah
- ( ) Anemis
- e. Kornea (✓) Normal ( ) Keruh / berkabut
- ( ) Terdapat perdarahan
- f. Sklera ( ) Ikterik (✓) Anikterik
- g. Pupil (✓) Isokor ( ) Anisokor
- ( ) Midriasis ( ) Miosis

h. Otot – otot mata

☒ Tidak ada kelainan

( ) Juling ke dalam

( ) Juling ke luar

( ) Berada di atas kabur

i. Fungsi penglihatan

☒ Baik

( ) Kabur

( ) Dua bentuk / diplopia

j. Tanda – tanda radang

: tidak ditemukan

k. Pemakaian kaca mata

: Ya, jenis : .....

Tidak : ☒

l. Pemakaian kontak lensa

: tidak memakai

m. Reaksi terhadap cahaya

: Baik / normal

### 3. Sistem Pendengaran

a. Daun telinga

☒ Normal

( ) Tidak, kanan / kiri

b. Karakteristik serumen

Warna : ..... Konsistensi : .....

Bau : .....

c. Kondisi telinga tengah

☒ Normal ( ) Kemerahan ( )

Bengkak ( ) Terdapat lesi

d. Cairan dari telinga

☒ Tidak

( ) Darah

( ) Nanah

( ) lain-lain, .....

e. Perasaan penuh di telinga

( ) Ya

☒ Tidak

f. Tinitus

( ) Ya

☒ Tidak

g. Fungsi pendengaran

☒ Normal

( ) Kurang

( ) Tuli, kanan / kiri

h. Gangguan keseimbangan

( ) Ya

☒ Tidak

i. Pemakaian alat bantu

( ) Ya

☒ Tidak

### 4. Sistem Wicara

☒ Normal

( ) Tidak : .....

( ) Aphasia

( ) Aphonia

( ) Dysarthria

( ) Dysphasia

( ) Anarthria

### 5. Sistem Pernafasan

a. Jalan nafas

:

☒ Bersih

( ) Ada sumbatan,

Jenis : .....

b. Pernafasan

:

( ) Sesak

☒ Tidak sesak

- c. Penggunaan otot bantu : ( ) Ya (✓) Tidak
- d. Frekuensi : ..... 20 x / menit ..... X / menit
- e. Irama : (✓) Teratur ( ) Tidak teratur
- f. Jenis pernafasan : (✓) Spontan ( ) Chetnestoke ( ) Kausmaul  
( ) Biot  
( ) lainnya.....
- g. Kedalaman : ( ) Dalam ( ) Dangkal
- h. Batuk : ( ) Ya (✓) Tidak  
Produktif / tidak  
produktif
- i. Sputum : ( ) Ya (✓) Tidak  
Putih/kuning/hijau
- j. Konsistensi : ( ) Kental ( ) Encer
- k. Terdapat darah : ( ) Ya (✓) Tidak
- l. Palpasi dada : .....
- m. Perkusi dada : .....
- n. Suara nafas : ( ) Vesikuler ( ) Ronkhi  
( ) Wheezing ( ) Rales
- o. Nyeri saat bernafas : ( ) Ya (✓) Tidak
- p. Penggunaan alat bantu : ( ) Ya (✓) Tidak nafas

#### 6. Sistem Kardiovaskuler

- a. Sirkulasi perifer
- Nadi : ..... 92 ..... x / menit
  - Irama : (✓) Teratur ( ) Tidak teratur
  - Denyut : ( ) Lemah (✓) Kuat
  - Tekanan darah : ..... 155 / 98 ..... mmHg
  - Distensi vena jugularis : .....
  - Kanan : ( ) Ya (✓) Tidak
  - Kiri : ( ) Ya (✓) Tidak
  - Temperatur kulit : (✓) Hangat ( ) Dingin
  - Warna kulit : ( ) Pucat (✓) Kemerahan  
( ) Cyanosis
  - Pengisian kapiler : ..... 2 ..... detik

▪ Edema

: ( ) Ya :

☒ Tidak

- ( ) Tungkai atas
- ( ) Periorbital
- ( ) Skrotalis
- ( ) Tungkai bawah
- ( ) Muka
- ( ) Anasarka

b. Sirkulasi jantung

- Kecepatan denyut apikal : ..... x / menit
- Irama : ☒ Teratur ( ) Tidak teratur
- Kelainan bunyi jantung : ( ) Murmur ( ) Gallop
- Sakit dada Timbulnya : ( ) Ya ( ) Tidak
- Karakteristik : ( ) Saat aktifitas ( ) Tanpa aktivitas
- : ( ) Seperti ditusuk ( ) Seperti terbakar
- : ( ) Seperti tertimpa benda berat
- Skala nyeri : .....

7. Sistem Hematologi

Gangguan Hematologi

- Pucat : ( ) Ya ☒ Tidak
- Perdarahan : ( ) Ya
- ( ) Petekie ☒ Tidak
- ( ) Purpura ( ) Tidak
- ( ) Mimisan
- ( ) Perdarahan gusi
- ( ) Ekimosis

8. Sistem saraf pusat

- Keluhan sakit kepala : ( ) Vertigo
- ( ) Lainnya: .....
- Tingkat kesadaran : ☒ Compos mentis ( ) Migrain
- ( ) Apatis
- ( ) Somnolent
- ( ) Sopor
- ( ) Koma

- ☐ Glasgow Coma Scale : E : ..... 4 ..... V  
 ( GCS ) M : ..... 6 .....
- ☐ Tanda-tanda : ( ) Ya (✓) Tidak peningkatan TIK ( )  
 Muntah proyektil  
 ( ) Nyeri kepala hebat  
 ( ) Papil edema
- ☐ Gangguan Sistem : ( ) Kejang ( ) Disorientasi  
 Persarafan ( ) Mulut mencong ( ) Kelumpuhan  
 ( ) Polineuritis / Ekstremitas  
 kesemutan ( kanan/kiri/atas/bawah )
- ☐ Pemeriksaan refleks :  
 Reflek fisiologis : (✓) Normal ( ) Tidak  
 Reflekpatologis : ( ) Ya (✓) Tidak

9. Sistem Pencernaan a. Keadaan mulut

- ☐ Karies : ( ) Ya (✓) Tidak  
☐ Gigi berlubang : ( ) Ya (✓) Tidak  
☐ Penggunaan gigi palsu : ( ) Ya (✓) Tidak  
☐ Stomatitis : ( ) Ya ( ) Tidak  
☐ Lidah kotor : ( ) Ya (✓) Tidak  
☐ Saliva (✓) Normal ( ) Abnormal

b. Muntah

- ( ) Ya (✓) Tidak
- ☐ Isi : ( ) Makanan ( ) Darah  
 ( ) Cairan
- ☐ Warna : ( ) Sesuai warna makanan ( ) Kuning  
 ( ) Kehijauan ( ) Hitam  
 ( ) Coklat
- ☐ Frekuensi : ..... x / hari  
☐ Jumlah : ..... ml

c. Nyeri daerah perut

( ) Ya

(☒) Tidak

d. Skala nyeri : .....

e. Lokasi & karakter nyeri

( ) Seperti di tusuk-tusuk ( ) Melilit ( ) Kanan atas

( ) Panas / seperti terbakar ( ) Setempat ( ) Kanan bawah

( ) Berpindah-pindah ( ) Menyebar ( ) Kiri Bawah

( ) Cramp ( ) kiri atas

f. Bising usus : .....<sup>12</sup> x / menit

g. Diare

( ) Ya (☒) Tidak

Lamanya : .....

Frekuensi : ..... x / hari

h. Warna Feses

☐ kuning ( )

☐ Coklat (☒)

☐ Hitam ( )

☐ Putih seperti air cucian beras ( )

☐ Seperti dempul ( )

i. Konsistensi Feses

☐ Setengah padat ( ) ☐ Berdarah ( )

☐ Terdapat lendir ( ) ☒ Tidak ada kelainan (☒)

☐ Cair ( )

j. Konstipasi

☐ Ya ( ) ☐ Tidak ( )

☐ Lamanya : .....<sup>2</sup> hari

k. Hepar

☐ Teraba ( ) ☐ Tidak teraba ( )

l. Abdomen

f. Skala nyeri : .....

## 12. Sistem Integumen

- Turgor kulit : ☒ Baik ( ) Buruk
- Temperatur kulit : ..... 36,3 ..... °C
- Warna Kulit :  
 ( ) Pucat ( ) Sianosis ( ☒ ) Kemerahan
- Keadaan kulit : ☒ Baik ( ) Lesi ( ) Ulkus  
 ( ) Luka, lokasi : .....  
 ( ) Insisi operasi, lokasi : .....  
 Kondisi luka : .....  
 ( ) Gatal-gatal ( ) Memar / lebam  
 ( ) Luka bakar, grade : ..... luas luka : ..... %  
 ( ) Dekubitus, lokasi : .....  
 ( ) Kelainan pigmen

- Kelainan kulit  
 ( ) Ya, sebutkan : ..... ( ☒ ) Tidak

- Kondisi kulit daerah pemasangan infus :  
 .....

- Keadaan rambut  
 Tekstur : ☒ Baik ( ) Tidak ( ) Alopesia  
 Kebersihan : ☒ Bersih ( ) Ketombe ( ) Lengket  
 ( ) Lainnya : .....

- Keadaan kuku  
☒ Normal  
 ( ) Abnormal ( ) Paronikia ( ) Clubbing  
 ( ) Garis beau ( ) Spoon nail

## 13. Sistem Muskuloskeletal

- Kesulitan dalam pergerakan : ( ) Ya ( ☒ ) Tidak
- Sakit pada tulang, sendi, kulit : ( ) Ya ( ☒ ) Tidak

▪ Fraktur

: ( ) Ya (✓) Tidak

Lokasi : .....

Kondisi : .....

□ Kelainan bentuk tulang sendi :

( ) Kontraktur

( ) Bengkak

( ) Lainnya, sebutkan :

.....

□ Kelainan struktur tulang belakang :

( ) Skoliosis

( ) Lordosis

( ) Kiposis

□ Keadaan tonus otot

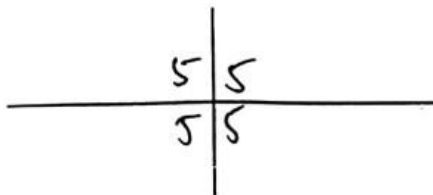
( ) Baik

( ) Hipertoni

( ) Hipotoni

( ) Atoni

□ Kekuatan otot



**D. DATA PENUNJANG ( Laboratorium, radiologi, endoskopi, EKG, dsb )**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**E. PENATALAKSANAAN ( Terapi / tindakan pengobatan, termasuk diet )**

Amlodipin 10 gr

.....  
.....  
.....

Lampiran 6

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal Pengkajian : 20 Mei 2024  
Tanggal Masuk :  
Ruang / Kelas :  
Nomor Register :  
Diagnosa Medis :

A. IDENTITAS KLIEN

Nama Klien : Ny. M  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Usia :  
Status Perkawinan : Menikah  
Agama : Islam  
Suku Bangsa : Jawa  
Pendidikan : SMA  
Bahasa yang digunakan : Indonesia  
Pekerjaan : Ibu Rumah tangga  
Alamat : Jalan Bunut Rt 05 Rway kel. Pondok Ranggon  
Sumber biaya : Pribadi / perusahaan / lain-lain (sebutkan : .....)\*  
Sumber informasi : Pasien Keluarga / .....\*

B. RIWAYAT KEPERAWATAN

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Keluhan utama :  
Nyeri dan kepala terasa berat pada area tengkuk
- b. Kronologis keluhan :  
Faktor pencetus :  
☐ Timbulnya keluhan : (X) Mendadak ( ) Bertahap  
☐ Lamanya :  
Klien mengatakan 4 tahun : menderita hipertensi  
☐ Upaya mengatasi :  
Klien mengatakan memonitoring kondisinya ke Puskesmas.

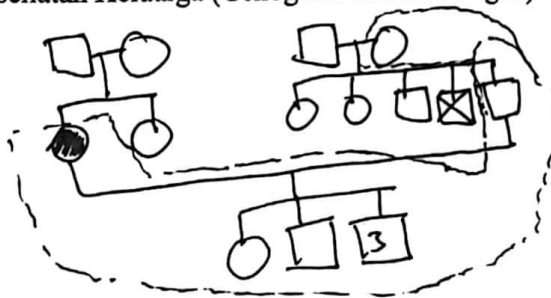
2. Riwayat Kesehatan Masa lalu

- a. Riwayat alergi ( obat, makanan, binatang, lingkungan )

Klien mengatakan tidak memiliki alergi obat, makanan, binatang, lingkungan  
.....

- b. Riwayat Kecelakaan :  
Klien mengatakan tidak ada riwayat kecelakaan
- c. Riwayat di rawat di RS ( kapan, alasan,, dan berapa lama ) :  
Klien mengatakan tidak pernah dirawat di RS
- d. Riwayat penggunaan obat-obatan :  
Klien mengatakan hanya minum obat amloclipin 10gr

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan keterangan)



4. Penyakit yang pernah di derita oleh anggota keluarga ( faktor resiko )  
Klien mengatakan ibunya memiliki riwayat hipertensi
5. Riwayat Psikososial dan Spiritual
- a. Adakah orang terdekat dengan pasien :  
Suami, anak, orang tua
- b. Interaksi dalam keluarga
- ☐ Pola komunikasi  
Klien mengatakan pola komunikasi baik
  - ☐ Pembuatan keputusan  
dimusyawarahkan / dikomunikasikan bersama-sama
  - ☐ Kegiatan kemasyarakatan  
Kadang-kadang aktif mengikuti kegiatan kemasyarakatan
- c. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga :  
tidak ada dampak penyakit pasien terhadap keluarga
- d. Masalah yang mempengaruhi pasien :  
.....

e. Mekanisme coping terhadap stress

- ( ) Pemecahan masalah      ( ) Minum obat  
( ) Makan      ( ) Cari pertolongan  
( ) Tidur      ( ) Lain – lain, sebutkan : .....

f. Persepsi pasien terhadap penyakitnya : teralu

- ☐ Hal yang sangat di pikirkan saat ini :  
Klien mengkhawatirkan tidak bisa menuntaskan penyakitnya karena  
dominya Percaja sakit yang dokter dapat menggugurkan dosa dan  
Percaja Allah Bayang pada dominya
- ☐ Harapan setelah menjalani perawatan :  
Berharap setelah dilakukan perawatan tekanan darah  
menurun dan stabil
- ☐ Perubahan yang di rasakan setelah jatuh sakit :  
tidak ada perubahan yang signifikan terhadap penyakit +  
yang dokter pelen

g. Sistem nilai kepercayaan :

- ☐ Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan :  
tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan  
kesehatan
- ☐ Aktivitas Agama / Kepercayaan yang di lakukan :  
Sholat swat-tu, mengaji, berpuasa sunah dan umrah

6. Kondisi Lingkungan Rumah

( Lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini ) :

*konduksi*  
*lingkungan rumah* tidak mempengaruhi kesehatan saat ini

7. Pola Kebiasaan sehari-hari

| Pola Kebiasaan | Sebelum Sakit | Sesudah Sakit ( di RS ) |
|----------------|---------------|-------------------------|
|----------------|---------------|-------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <p>Nutrisi</p> <p>a. Makan</p> <p><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari</p> <p><input type="checkbox"/> Nafsu makan</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan makanan<br/>( mual, muntah, sariawan, dsb)</p> <p><input type="checkbox"/> Porsi makanan</p> <p><input type="checkbox"/> Jenis makanan</p> <p><input type="checkbox"/> Makanan yang di sukai</p> <p><input type="checkbox"/> Makanan yang tidak di sukai</p> <p><input type="checkbox"/> Makanan pantangan</p> <p><input type="checkbox"/> Penggunaan alat bantu<br/>( NGT / OGT, mandiri, dll )</p> <p>b. Minum</p> <p><input type="checkbox"/> Kuantitas ( liter / hari )</p> <p><input type="checkbox"/> Jenis minuman</p> <p><input type="checkbox"/> Minuman yang disukai</p> <p><input type="checkbox"/> Minuman yang tidak di sukai</p> <p><input type="checkbox"/> Minuman pantangan</p> | <p>3x / hari</p> <p>baik</p> <p>tidak ada</p> <p>1 Porsi</p> <p>rebusan</p> <p>Semua makanan</p> <p>tidak ada</p> <p>tidak ada</p> <p>mandiri</p> <p>± 2 liter</p> <p>air mineral</p> <p>Semua buah</p> <p>Coda</p> <p>tidak ada</p> | <p>3x / hari</p> <p>baik</p> <p>tidak ada</p> <p>1 Porsi</p> <p>rebusan</p> <p>Semua makanan</p> <p>tidak ada</p> <p>mengurangi porsi makan</p> <p>mandiri</p> <p>± 2 liter</p> <p>air mineral</p> <p>Semua buah</p> <p>Coda</p> <p>kurang, porsi kecil</p> <p>100 ml</p> | <p>Suka</p> <p>Garam</p>                                |
| <p>Eliminasi</p> <p>a. BAB</p> <p><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari</p> <p><input type="checkbox"/> Waktu • Warna</p> <p><input type="checkbox"/> Konsistensi</p> <p><input type="checkbox"/> Keluhan</p> <p><input type="checkbox"/> Penggunaan pencahar</p> <p>b. BAK</p> <p><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari</p> <p><input type="checkbox"/> Warna</p> <p><input type="checkbox"/> Keluhan</p> <p><input type="checkbox"/> Penggunaan alat bantu<br/>( kateter, dll )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>1x / hari</p> <p>Normal</p> <p>tidak ada</p> <p>tidak ada</p> <p>5-8x / hari</p> <p>tidak ada</p> <p>tidak ada</p>                                                                                                                | <p>1x / hari</p> <p>Normal</p> <p>tidak ada</p> <p>tidak ada</p> <p>5-8x / hari</p> <p>tidak ada</p> <p>tidak ada</p>                                                                                                                                                     | <p>Pada, kuning, berbau</p> <p>Pada, kuning, berbau</p> |
| <p>Personal Hygiene</p> <p>a. Mandi</p> <p><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari</p> <p><input type="checkbox"/> Penggunaan sabun mandi</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>2x / hari</p> <p>Ya Pakai Sabun</p>                                                                                                                                                                                               | <p>2x / hari</p> <p>Pakai Sabun</p>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cara ( dibantu / mandiri )<br><input type="checkbox"/> Waktu<br>b. Oral hygiene<br><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari<br><input type="checkbox"/> Penggunaan pasta gigi<br><input type="checkbox"/> Cara ( dibantu / mandiri )<br><input type="checkbox"/> Waktu<br>c. Cucu rambut<br><input type="checkbox"/> Frekuensi / hari, atau / minggu<br><input type="checkbox"/> Penggunaan sampo<br><input type="checkbox"/> Cara ( dibantu / mandiri )<br>d. Perawatan kuku<br><input type="checkbox"/> Frekuensi / minggu, atau / bulan<br><input type="checkbox"/> Cara ( dibantu / mandiri )<br><input type="checkbox"/> Alat yang di gunakan<br>(silet, gunting kuku, dsb ) | mandow<br>gigi & Sore<br><br>3x / hari<br>Pasta gigi<br>Mandiri<br>Pagi, sore, sebelum tidur<br><br>7x / minggu<br>Shampoo<br>mandow<br><br>1x / minggu<br>mandow<br>gunting bulu | mandow<br>gigi & Sore<br><br>3x / hari<br>Pasta gigi<br>mandow<br>Pagi, sore, sebelum tidur<br><br>7x / minggu<br>Shampoo<br>mandow<br><br>1x / minggu<br>mandow<br>gunting bulu |
| Istirahat dan tidur<br>a. Istirahat<br><input type="checkbox"/> Kegiatan saat istirahat<br>(baca buku, nonton tv, dsb )<br><input type="checkbox"/> Waktu istirahat<br><input type="checkbox"/> Orang yang menemani waktu istirahat<br>b. Tidur<br><input type="checkbox"/> Lama tidur siang ( jam / hari )<br><input type="checkbox"/> Lama tidur malam ( jam / hari )<br><input type="checkbox"/> Kebiasaan sebelum tidur<br><input type="checkbox"/> Gangguan tidur                                                                                                                                                                                                                                      | maen HP<br><br>Suami<br><br>1 Jam tapi jarang<br>± 7 Jam<br>maen HP<br>tidak ada                                                                                                  | maen HP<br><br>Suami<br><br>1 Jam tapi jarang<br>± 7 Jam<br>maen HP<br>tidak ada                                                                                                 |
| Aktivitas dan latihan<br><input type="checkbox"/> Waktu bekerja (pagi/siang/malam )<br><input type="checkbox"/> Lama bekerja ( jam / hari )<br><input type="checkbox"/> Aktif Olahraga<br><input type="checkbox"/> Jenis Olahraga<br><input type="checkbox"/> Frekuensi Olahrag / minggu<br><input type="checkbox"/> Keluhan ketika beraktifitas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | mengurus rumah<br><br>Jarang<br><br>mudah lelah                                                                                                                                   | mengurus rumah<br><br>Jarang<br><br>mudah lelah                                                                                                                                  |

|                                                                                         |       |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| Kegiatan yang mempengaruhi kesehatan                                                    |       |       |
| a. Merokok                                                                              |       |       |
| <input type="checkbox"/> Ya / tidak                                                     | tidak | tidak |
| <input type="checkbox"/> Jumlah ( batang/hari )                                         | -     | -     |
| <input type="checkbox"/> Lama pemakaian ( ... tahun / bulan / minggu / hari yang lalu ) | -     | -     |
| b. Minuman keras / NAFZA                                                                |       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ya / tidak                                          | tidak | tidak |
| <input type="checkbox"/> Jenis                                                          | -     | -     |
| <input type="checkbox"/> Frekuensi ( / hari, atau / minggu )                            | -     | -     |
| <input type="checkbox"/> Lama pemakaian ( ... tahun / bulan / minggu / hari yang lalu ) | -     | -     |

### C. PENGKAJIAN FISIK 1.

#### Pemeriksaan Fisik Umum

- a. Berat badan : ..... 78 ..... kg      Sebelum sakit : 78 kg
- b. Tinggi badan : ..... 165 ..... cm
- c. Tekanan darah : ..... 120/97 ..... mmHg
- d. Nadi : ..... 87 ..... x/menit
- e. Frekuensi nafas : ..... 20 ..... x/menit
- f. Suhu tubuh : ..... 36.5 ..... °C
- g. Keadaan umum  
☒ Sakit Ringan      ( ) Sakit Sedang  
( ) Sakit Sedang
- h. Pembesaran kelenjar  
betah bening  
☒ Tidak      ( ) Ya, Lokasi : .....

#### 2. Sistem Penglihatan

- a. Posisi mata      ☒ Simetris      ( ) Asimetris
- b. Kelopak mata      ☒ Normal      ( ) Ptosis
- c. Pergerakan bola mata      ☒ Normal      ( ) Abnormal
- d. Conjunctiva      ☒ Merah muda      ( ) Sangat merah  
( ) Anemis
- e. Kornea      ☒ Normal      ( ) Keras / berkabut  
( ) Terdapat perdarahan
- f. Sklera      ( ) Ikterik      ☒ Anikterik
- g. Pupil      ☒ Isokor      ( ) Anisokor  
( ) Midriasis      ( ) Miosis

h. Otot – otot mata

☒ Tidak ada kelainan      ( ) Juling ke dalam  
( ) Juling ke luar      ( ) Berada di atas kabur

i. Fungsi penglihatan

☒ Baik      ( ) Kabur

j. Tanda – tanda radang

( ) Dua bentuk / diplopia  
: tidak ditemukan

k. Pemakaian kaca mata

: Ya, jenis : ..... Tidak : ☒

l. Pemakaian kontak lensa

: tidak memakai

m. Reaksi terhadap cahaya

: baik / normal

### 3. Sistem Pendengaran

a. Daun telinga

☒ Normal      ( ) Tidak, kanan / kiri

b. Karakteristik serumen

Warna : ..... Konsistensi : .....

Bau : .....

c. Kondisi telinga tengah

☒ Normal      ( ) Kemerahan ( )

Bengkak ( ) Terdapat lesi

d. Cairan dari telinga

☒ Tidak      ( ) Darah

( ) Nanah      ( ) lain-lain.....

e. Perasaan penuh di telinga

( ) Ya      ☒ Tidak

f. Tinitus

( ) Ya      ☒ Tidak

g. Fungsi pendengaran

☒ Normal      ( ) Kurang

( ) Tuli, kanan / kiri

h. Gangguan keseimbangan

( ) Ya      ☒ Tidak

i. Pemakaian alat bantu

( ) Ya      ☒ Tidak

### 4. Sistem Wicara

☒ Normal

( ) Tidak : .....

( ) Aphasia

( ) Aponia

( ) Dysartria

( ) Dysphasia

( ) Anarthia

### 5. Sistem Pernafasan

a. Jalan nafas

: ☒ Bersih      ( ) Ada sumbatan,

Jenis : .....

b. Pernafasan

: ( ) Sesak      ☒ Tidak sesak

- c. Penggunaan otot bantu : ☐ Ya ☒ Tidak
- d. Frekuensi : ..... 20 x / menit ..... X / menit
- e. Irama : ☒ Teratur ☐ Tidak teratur
- f. Jenis pernafasan : ☒ Spontan ☐ Cheststroke ☐ Kausmaull  
☐ Biot ☐ lainnya.....
- g. Kedalaman : ☐ Dalam ☐ Dangkal
- h. Batuk : ☐ Ya ☒ Tidak  
Produktif / tidak produktif
- i. Sputum : ☐ Ya ☒ Tidak  
Putih/kuning/hijau
- j. Konsistensi : ☐ Kental ☐ Encer
- k. Terdapat darah : ☐ Ya ☒ Tidak
- l. Palpasi dada : .....
- m. Perkusi dada : .....
- n. Suara nafas : ☐ Vesikuler ☐ Ronkhi  
☐ Wheezing ☐ Rales
- o. Nyeri saat bernafas : ☐ Ya ☒ Tidak
- p. Penggunaan alat bantu : ☐ Ya ☒ Tidak nafas

#### 6. Sistem Kardiovaskuler

- a. Sirkulasi perifer
- Nadi : ..... 87 ..... x / menit
  - Irama : ☒ Teratur ☐ Tidak teratur
  - Denyut : ☐ Lemah ☒ Kuat
  - Tekanan darah : ..... 150/97 ..... mmHg
  - Distensi vena jugularis :
    - Kanan : ☐ Ya ☒ Tidak
    - Kiri : ☐ Ya ☒ Tidak
  - Temperatur kulit : ☒ Hangat ☐ Dingin
  - Warna kulit : ☐ Pucat ☒ Kemerahan  
☐ Cyanosis
  - Pengisian kapiler : ..... 2 ..... detik

▪ Edema

: ( ) Ya :

(✓) Tidak

- ( ) Tungkai atas
- ( ) Periorbital
- ( ) Skrotalis
- ( ) Tungkai bawah
- ( ) Muka
- ( ) Anasarka

b. Sirkulasi jantung

▪ Kecepatan denyut apikal : ..... x / menit

- Irama : (✓) Teratur ( ) Tidak teratur
- Kelainan bunyi jantung : ( ) Murmur ( ) Gallop
- Sakit dada Timbulnya : ( ) Ya ( ) Tidak

Karakteristik

- : ( ) Saat aktifitas ( ) Tanpa aktivitas
- : ( ) Seperti ditusuk ( ) Seperti terbakar
- : ( ) Seperti tertimpa benda berat
- : .....

Skala nyeri

7. Sistem Hematologi

Gangguan Hematologi

- Pucat : ( ) Ya (✓) Tidak
- Perdarahan : ( ) Ya (✓) Tidak
- ( ) Petekie ( ) Tidak
- ( ) Purpura ( ) Tidak
- ( ) Mimesan
- ( ) Perdarahan gusi
- ( ) Ekimosis

8. Sistem saraf pusat

▪ Keluhan sakit kepala : ( ) Vertigo ( ) Lainnya: .....

▪ Tingkat kesadaran : (✓) Compos mentis ( ) Migrain ( ) Apatis

( ) Somnolent

( ) Sopor

( ) Koma

- ☐ Glasgow Coma Scale : E : ..... V :  
 .....  
 ( GCS ) M : .....  
☐ Tanda-tanda : ( ) Ya (✓) Tidak peningkatan TIK ( )  
 Muntah proyektil  
 ( ) Nyeri kepala hebat  
 ( ) Papil edema  
☐ Gangguan Sistem : ( ) Kejang ( ) Disorientasi  
 Persarafan ( ) Mulut mencong ( ) Kelumpuhan  
 ( ) Polineuritis / Ekstremitas  
 kesemutan ( kanan/kiri/atas/bawah )  
☐ Pemeriksaan refleks :  
 Reflek fisiologis : (✓) Normal ( ) Tidak  
 Reflekpatologis : ( ) Ya (✓) Tidak

9. Sistem Pencernaan a. Keadaan mulut

- ☐ Karies : ( ) Ya (✓) Tidak  
☐ Gigi berlubang : ( ) Ya (✓) Tidak  
☐ Penggunaan gigi palsu : ( ) Ya (✓) Tidak  
☐ Stomatitis : ( ) Ya ( ) Tidak  
☐ Lidah kotor : ( ) Ya (✓) Tidak  
☐ Saliva (✓) Normal ( ) Abnormal

b. Muntah

- ( ) Ya (✓) Tidak  
☐ Isi : ( ) Makanan ( ) Darah  
 ( ) Cairan  
☐ Warna : ( ) Sesuai warna makanan ( ) Kuning  
 ( ) Kehijauan ( ) Hitam  
 ( ) Coklat  
☐ Frekuensi : ..... x / hari  
☐ Jumlah : ..... ml

c. Nyeri daerah perut

( ) Ya

(☒) Tidak

d. Skala nyeri : .....

e. Lokasi & karakter nyeri

( ) Seperti di tusuk-tusuk ( ) Melilit ( ) Kanan atas

( ) Panas / seperti terbakar ( ) Setempat ( ) Kanan bawah

( ) Berpindah-pindah ( ) Menyebar ( ) Kiri Bawah

( ) Cramp ( ) kiri atas

f. Bising usus : ..... <sup>1 2</sup> x / menit

g. Diare

( ) Ya

(☒) Tidak

Lamanya : .....

Frekuensi : ..... x / hari

h. Warna Feses

☐ kuning ( )

☐ Coklat (☒)

☐ Hitam ( )

☐ Putih seperti air cucian beras ( )

☐ Seperti dempul ( )

i. Konsistensi Feses

☐ Setengah padat ( ) ▪ Berdarah ( )

☐ Terdapat lendir ( ) ▪ Tidak ada kelainan (☒)

☐ Cair ( )

j. Konstipasi

☐ Ya ( ) ▪ Tidak ( )

☐ Lamanya : ..... hari

k. Hepar

☐ Teraba ( ) ▪ Tidak teraba ( )

l. Abdomen

f. Skala nyeri : .....

## 12. Sistem Integumen

- Turgor kulit : ☒ Baik ( ) Buruk
- Temperatur kulit : ..... 36,5 °C
- Warna Kulit :
  - ( ) Pucat ( ) Sianosis ( ☒ ) Kemerahan
- Keadaan kulit : ( ) Baik ( ) Lesi ( ) Ulkus
  - ( ) Luka, lokasi : .....
  - ( ) Insisi operasi, lokasi : .....
  - Kondisi luka : .....
  - ( ) Gatal-gatal ( ) Memar / lebam
  - ( ) Luka bakar, grade : ..... luas luka : .....%
  - ( ) Dekubitus, lokasi : .....
  - ( ) Kelainan pigmen
- Kelainan kulit
  - ( ) Ya, sebutkan : ..... ( ☒ ) Tidak
- Kondisi kulit daerah pemasangan infus :  
.....
- Keadaan rambut
  - Tekstur : ( ☒ ) Baik ( ) Tidak ( ) Alopesia
  - Kebersihan : ( ☒ ) Bersih ( ) Ketombe ( ) Lengket
  - ( ) Lainnya : .....
- Keadaan kuku
  - ( ☒ ) Normal
  - ( ) Abnormal ( ) Paronikia ( ) Clubbing
  - ( ) Garis beau ( ) Spoon nail

## 13. Sistem Muskuloskeletal

- Kesulitan dalam pergerakan : ( ) Ya ( ☒ ) Tidak
- Sakit pada tulang, sendi, kulit : ( ) Ya ( ☒ ) Tidak

▪ Fraktur : ( ) Ya (✓) Tidak  
 Lokasi : .....  
 Kondisi : .....

□ Kelainan bentuk tulang sendi :  
 ( ) Kontraktur ( ) Bengkak  
 ( ) Lainnya, sebutkan :  
 .....

□ Kelainan struktur tulang belakang :  
 ( ) Skoliosis ( ) Lordosis ( ) Kiposis

□ Keadaan tonus otot  
 ( ) Baik ( ) Hipertoni ( ) Hipotoni ( ) Atoni

□ Kekuatan otot

|   |   |   |
|---|---|---|
| ~ | 5 | 5 |
|   | 5 | 5 |

**D. DATA PENUNJANG ( Laboratorium, radiologi, endoskopi, EKG, dsb )**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**E. PENATALAKSANAAN ( Terapi / tindakan pengobatan, termasuk diet )**

Ambodipon 10 gr

.....

.....

*Lampiran 7*

**SATUAN ACARA PENYULUHAN  
HIPERTENSI**

|               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| Pokok Bahasan | : Perawatan dan Pencegahan Hipertensi |
| Hari/Tanggal  | : Senin, 20 Mei 2024                  |
| Waktu         | : 40 menit                            |
| Sasaran       | : Ny. T dan Ny. N                     |
| Tempat        | : Rumah kediaman Ny. T dan Ny. N      |

---

---

**A. Tujuan Intruksional Umum**

Setelah dilakukan kegiatan penyuluhan ini, diharapkan Ny. T dan Ny. N dapat memahami tentang hipertensi dan menerapkan perawatan yang tepat pada diri sendiri dengan hipertensi

**B. Tujuan Intruksional Khusus**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan Ny. T dan Ny. N mampu :

1. Mengetahui pengertian hipertensi.
2. Mengetahui kategori hipertensi.
3. Mengetahui penyebab hipertensi.
4. Mengetahui faktor penyebab hipertensi.
5. Mengetahui tanda dan gejala hipertensi.
6. Mengetahui proses terjadinya hipertensi.
7. Mengetahui komplikasi hipertensi.
8. Mengetahui pencegahan hipertensi.

**C. Materi** : (terlampir)

**D. Metode** : ceramah, tanya jawab, diskusi

**E. Media** : Leaflet dan Lembar Balik

F. Kegiatan penyuluhan

| Tahapan       | Kegiatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                            | Waktu    |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|               | Penyuluhan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sasaran                                                                                                                                                                                                                    |          |
| Pendahuluan   | 1. Memberikan salam.<br>2. Memperkenalkan diri dan menjelaskan topik penyuluhan.<br>3. Kontrak waktu dan menjelaskan tujuan penyuluhan.                                                                                                                                                                                                       | 1. Menjawab salam.<br>2. Mendengarkan dan memperhatikan.<br>3. Memberi respon dan mendengarkan.                                                                                                                            | 5 menit  |
| Kegiatan Inti | 1. Menggali pengetahuan sasaran tentang pengertian hipertensi.<br>2. Menjelaskan tentang pengertian hipertensi.<br>3. Menggali pengetahuan sasaran tentang kategori hipertensi.<br>4. Menjelaskan tentang kategori hipertensi.<br>5. Menggali pengetahuan sasaran tentang penyebab hipertensi.<br>6. Menjelaskan tentang penyebab hipertensi. | 1. Menjawab pertanyaan penyuluh.<br>2. Mendengarkan dan memperhatikan.<br>3. Menjawab pertanyaan penyuluh.<br>4. Mendengarkan dan memperhatikan.<br>5. Menjawab pertanyaan penyuluh.<br>6. Mendengarkan dan memperhatikan. | 30 menit |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>7. Menggali pengetahuan sasaran tentang tanda dan gejala hipertensi.</p> <p>8. Menjelaskan tentang tanda dan gejala hipertensi.</p> <p>9. Menggali pengetahuan sasaran tentang proses terjadinya hipertensi.</p> <p>10. Menjelaskan tentang proses terjadinya hipertensi.</p> <p>11. Menggali pengetahuan sasaran tentang komplikasi hipertensi.</p> <p>12. Menjelaskan tentang komplikasi hipertensi.</p> <p>13. Menggali pengetahuan sasaran tentang pencegahan hipertensi.</p> <p>14. Menjelaskan tentang pencegahan hipertensi.</p> | <p>7. Menjawab pertanyaan penyuluh.</p> <p>8. Mendengarkan dan memperhatikan.</p> <p>9. Menjawab pertanyaan penyuluh.</p> <p>10. Mendengarkan dan memperhatikan.</p> <p>11. Menjawab pertanyaan penyuluh.</p> <p>12. Mendengarkan dan memperhatikan.</p> <p>13. Menjawab pertanyaan penyuluh.</p> <p>14. Mendengarkan dan memperhatikan.</p> |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|         |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                  |         |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Penutup | 1. Penyuluh menyimpulkan materi.<br>2. Penyuluh mengevaluasi tentang isi materi yang disampaikan kepada sasaran.<br>3. Penyuluh membuka pertanyaan.<br>4. Menutup penyuluhan dan mengucapkan salam. | 1. Mendengarkan dan memperhatikan.<br>2. Menjawab pertanyaan.<br>3. Menanyakan pertanyaan.<br>4. Menjawab salam. | 5 menit |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

G. Evaluasi :

1. Ny. T dan Ny. N dapat menjelaskan kembali pengertian hipertensi.
2. Ny. T dan Ny. N dapat menjelaskan kembali kategori hipertensi.
3. Ny. T dan Ny. N dapat menyebutkan 4 dari 9 penyebab hipertensi.
4. Ny. T dan Ny. N dapat menyebutkan 4 dari 8 tanda dan gejala hipertensi.
5. Ny. T dan Ny. N dapat menjelaskan proses terjadinya hipertensi.
6. Ny. T dan Ny. N dapat menyebutkan 3 dari 6 komplikasi hipertensi.
7. Ny. T dan Ny. N dapat menyebutkan 4 dari 6 pencegahan hipertensi.

## **Lampiran Materi**

### **A. Pengertian Hipertensi**

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyakit tidak menular, yang dimana kondisi tekanan darah meningkat melebihi batas normal yaitu 120/80 mmHg. Seseorang dinyatakan terkena hipertensi jika tekanan darah  $\geq 140$  /  $\geq 90$  mmHg.

### **B. Kategori Hipertensi**

Kategori tekanan darah normal jika tekanan darah sistoliknya  $\leq 120$  mmHg dan tekanan darah diastoliknya  $< 80$  mmHg. Kategori tekanan darah pra-hipertensi jika tekanan darah sistoliknya 120-139 mmHg dan tekanan darah diastoliknya 80-89 mmHg. Kategori tekanan darah Hipertensi tingkat 1 jika tekanan darah sistoliknya 140-159 mmHg dan tekanan darah diastoliknya 90-99 mmHg. Kategori tekanan darah normal jika tekanan darah sistoliknya  $> 160$  mmHg dan tekanan darah diastoliknya  $100 >$  mmHg.

### **C. Penyebab Hipertensi**

Penyebab hipertensi terbagi menjadi 2 faktor yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah. Faktor yang tidak dapat diubah yaitu genetik/ keturunan, jenis kelamin, dan usia, sedangkan faktor yang dapat diubah yaitu pola makan yang tidak sehat, konsumsi garam berlebih, obesitas, konsumsi alkohol, merokok, kurang beraktivitas, dan stres.

### **D. Tanda dan Gejala Hipertensi**

1. Nyeri kepala
2. Nyeri pada area tengkuk
3. Muka memerah
4. Nyeri dada
5. Mual & Muntah
6. Mudah lelah
7. Penglihatan kabur
8. Pingsan

### **E. Proses Terjadinya Hipertensi**

Saat jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan banyak darah pada setiap detiknya lalu pembuluh darah menjadi kaku dan tidak lentur akibatnya jantung tidak dapat mengembang sempurna saat darah diedarkan paksa melalui pembuluh darah yang sempit maka menyebabkan tekanan darah tinggi.

F. Komplikasi Hipertensi

1. Stroke
2. Serangan jantung
3. Gagal ginjal
4. Kerusakan otak
5. Kerusakan retina pada mata
6. Kematian

G. Pencegahan Hipertensi

1. Melakukan aktivitas fisik 30 menit/ hari
2. Mengurangi konsumsi garam
3. Mengurangi stres
4. Mempertahankan berat badan ideal
5. Berhenti merokok
6. Periksa tekanan darah secara rutin

## Lampiran Leaflet & Flipchart



### Apa Itu Hipertensi?

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyakit tidak menular, yang dimana kondisi tekanan darah meningkat melebihi nilai batas normal yaitu 120/80mmHg. Seseorang dinyatakan terkena hipertensi jika tekanan darah  $\geq 140 / \geq 90$  mmHg.



### APA FAKTOR PENYEBAB?



### TANDA & GEJALA

1. Mual Dan Muntah
2. Mimisan
3. Nyeri Dada
4. Kencing Darah
5. Sakit Kepala Bagian Tenguk
6. Gangguan Penglihatan



### KOMPLIKASI HIPERTENSI



### PENCEGAHAN HIPERTENSI

**C = Cek Kesehatan Berkala**  
**E = Enyahkan Asap Rokok**  
**R = Rajin Aktivitas Fisik**  
**D = Diet Seimbang**  
**I = Istirahat Cukup**  
**K = Kelola Stres Dengan Baik**

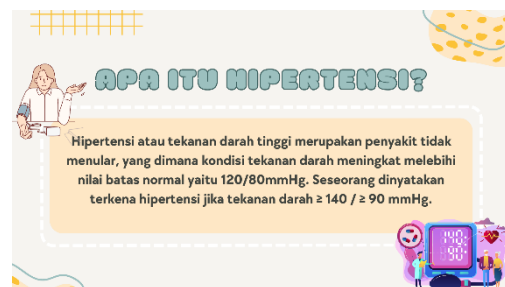
### TERAPI KOMPLEMENTER SENAM YOGA



Senam yoga adalah terapi yang berfokus pada postur tubuh (asana), pernapasan (pranayama) dan meditasi (dhyana). Latihan fisik dan mental untuk meningkatkan kekuatan fisik, emosi, dan kesehatan jiwa melalui keseimbangan kekuatan dan fleksibilitas. Senam yoga dapat menurunkan tekanan darah tinggi.

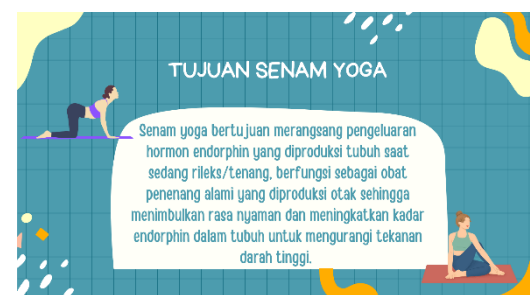
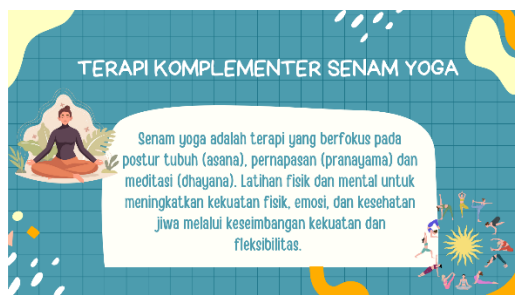
### ATUR POLA MAKAN ANDA DENGAN :

1. Batasi Gula <50gram (4 sdm perhari).
2. Batasi Garam <5gram (1 sdt perhari), kurangi garam saat memasak, kurangi makan cepat saji.
3. Batasi Daging Berlemak & Minyak Goreng (<5 sendok makan perhari), makan ikan sedikitnya 3 kali perminggu.
4. Buah-Buah & Sayuran (5 Porsi atau 400-500gram perhari) (1 Porsi setara dengan 1 buah jeruk, apel, mangga pisang, atau 3 sendok makan sayur yang sudah dimasak).



## KATEGORI HIPERTENSI

| Kategori                       | TDs (mmHg) | dan  | TDO (mmHg) |
|--------------------------------|------------|------|------------|
| Normal                         | < 120      | dan  | < 80       |
| Pra-hipertensi                 | 120 - 139  | atau | 80 - 89    |
| Hipertensi tingkat 1           | 140 - 159  | atau | 90 - 99    |
| Hipertensi tingkat 2           | > 160      | atau | > 100      |
| Hipertensi Sistolik Terisolasi | > 140      | dan  | < 90       |



*Lampiran 8*

*Dokumentasi Ny. T*



## Dokumentasi Ny. N

