

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS HIPERTENSI DI RUANG MELATI PANTI  
WERDHA JAMBANGAN SURABAYA  
PROVINSI JAWA TIMUR**



**Oleh :**

**ARGO ESTI PRAYOGI  
NIM. 2021004**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS HIPERTENSI DI RUANG MELATI PANTI  
WERDHA JAMBANGAN SURABAYA  
PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat  
Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**ARGO ESTI PRAYOGI  
NIM. 2021004**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2023**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 7 Juni 2023

ARGO ESTI PRAYOGI  
NIM. 2021004

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : ARGO ESTI PRAYOGI  
NIM : 2021004  
Program Studi : D-III KEPERAWATAN  
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. S Dengan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Melati Panti Werdha Surabaya Provinsi Jawa Timur.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

### AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 16 Februari 2023

**Pembimbing Institusi**

**Pembimbing Lahan**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP. 03.009**

**Ajeng Nawang Wulan. S.Kep.,Ns**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Februari 2023

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : ARGO ESTI PRAYOGI

NIM : 2021004

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. S Dengan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Melati Panti Werdha Surabaya Provinsi Jawa Timur.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : 22 Februari 2023

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Penguji I : Dini Mei Widiyanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP. 03.011**

**Penguji II : Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP. 03.009**

**Penguji III : Ajeng Nawang Wulan, S.Kep.,Ns**

**Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes**

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 22 Februari 2023

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah terlibat dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Didik Winarno, S.Kep.,Ns.,MK.KK selaku Kepala UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya Provinsi Jawa Timur memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur dan menyelesaikan Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan sekaligus penguji ketua yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dini Mei Widiyanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji ketua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji 1 dan pembimbing institusi, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan, bimbingan serta masukan dalam penyusunan hingga penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Ajeng Nawang Wulan, S.Kep.,Ns selaku penguji 2 dan pembimbing klinik, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan hingga penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Ny. S. Selaku Pasien yang telah bekerjasama sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi–materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Untuk ayah saya Bapak Ghurori Albar, ibu saya Ibu Hartiah, Istri Saya Sinta Kencanawatika dan Anak saya tercinta Elrafif yang selalu memberikan dukungan tanpa lelah, terima kasih sudah menjadi bagian dari hidupku.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan serta dukungannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 16 Februari 2023

Penulis

## Daftar Isi

COVER .....	i
SURAT PERYATAAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Lampiran.....	xi
Daftar Singkatan .....	xii
BAB 1 .....	1
PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat .....	4
1.5 Metode Penulisan.....	5
BAB 2 .....	8
2.1. Konsep lansia .....	8
2.1.1 Definisi lansia.....	8
2.1.2. Klasifikasi lansia .....	9
2.1.3. Ciri-ciri Lansia .....	9
2.1.4. Aspek Sosial Dan Budaya Lansia .....	10
2.1.5. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia .....	12
2.1.6. Tipe Lansia .....	15
2.1.7. Tugas Perkembangan Lansia.....	16
2.2. Konsep Hipertensi.....	16

2.2.1. Anatomi Dan Fisiologi Jantung.....	16
2.2.2. Definisi Hipertensi .....	18
2.2.3. Klasifikasi Hipertensi .....	19
2.2.4. Etiologi Hipertensi .....	19
2.2.5. Patofisiologi .....	21
2.2.6. Pencegahan Hipertensi .....	21
2.2.7. Penanggulangan Hipertensi.....	22
2.2.8. Komplikasi .....	23
2.3. Konsep Nyeri.....	24
2.3.1. Definisi Nyeri.....	24
2.3.2. Patofisiologi Nyeri .....	25
2.3.3. Klasifikasi Nyeri .....	26
2.3.4. Lansia Dan Nyeri .....	26
2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Diagnosa Medis Hipertensi .....	27
2.4.1. Pengkajian .....	27
2.4.2. Pemeriksaan Diagnostik.....	29
2.4.3. Prioritas Keperawatan .....	29
2.4.4. Penatalaksanaan Hipertensi.....	30
2.5. Asuhan Keperawatan.....	33
<b>BAB 3 .....</b>	<b>44</b>
<b>TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>44</b>
3.1 Pengkajian .....	44
3.1.1 Identitas Pasien.....	44
3.1.2 Riwayat Kesehatan .....	44
3.1.3 Status Fisiologis.....	44
3.1.4 Pemeriksaan fisik.....	45
3.1.5 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia .....	47
3.1.6 Pengkajian Psikososial .....	47
3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan .....	48

3.1.8 Pengkajian Lingkungan .....	48
3.1.9 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan.....	49
3.1.10 Pemeriksaan penunjang .....	50
3.1.10 Analisa Data .....	51
3.1.11 Diagnosa Keperawatan :.....	51
3.1.12 Rencana Keperawatan .....	52
3.1.13 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan .....	55
BAB 4.....	61
PEMBAHASAN .....	61
4.1 Pengkajian .....	61
4.1.1 Identitas .....	61
4.1.2 Riwayat Kesehatan.....	62
4.1.3 Pengkajian.....	63
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	64
4.3 Tujuan dan Intervensi keperawatan.....	66
4.4 Implementasi .....	68
4.5 Evaluasi .....	70
BAB 5 .....	71
5.1 Simpulan.....	71
5.2 Saran .....	72
Daftar Pustaka.....	73
Motto dan Persembahan .....	74
Motto.....	74

## Daftar Tabel

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Klinik klasifikasi ESH-ESC.....	19
Tabel 2.2 Panduan Dosis Obat-Obatan Antihipertensi .....	31
Table 2.3. Intervensi Keperawatan.....	37
Tabel 3.1 Pemeriksaan Diagnostik.....	50
Tabel 3.2 Analisa Data.....	51
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan.....	52
Table 3.4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan .....	55

## Daftar Lampiran

Lampiran 1 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampiran 2 .....	76
Lampiran 3 .....	78
Lampiran 4 .....	79
Lampiran 5 .....	80
Lampiran 6 .....	81
Lampiran 7 .....	82
Lampiran 8 .....	83

## Daftar Singkatan

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
DX	: Diagnosa
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
N	: Nadi
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
RI	: Republik Indonesia
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
S	: Suhu
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
TD	: Tekanan Darah
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Lansia adalah proses menjadi lebih tua dengan umur mencapai 55 tahun ke atas. Lansia akan mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial diantaranya rentan terhadap penyakit, khususnya penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif yang umum diderita lansia salah satunya adalah hipertensi (Riamah, 2019). Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan kronis yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri. Keadaan tersebut mengakibatkan jantung bekerja untuk mengedarkan darah keseluruh tubuh melalui pembuluh darah dapat mengganggu aliran darah, merusak pembuluh darah, bahkan dapat menyebabkan penyakit degeneratif hingga kematian (Fitri Tambunan et al., 2021).

Data *World Health Organization* (2015) menunjukkan 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi. Artinya, 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis menderita hipertensi, hanya 36,8% diantaranya yang minum obat. Jumlah penderita hipertensi di dunia terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan tahun 2025 ada sekitar 1,5 miliar orang yang terkena hipertensi, setiap tahun ada 9,4 juta orang yang meninggal akibat hipertensi dan komplikasi. Prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 34,1%. Di Provinsi Jawa Timur sebesar 37,4%. Pravelansi jumlah penderita hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya sebanyak 79 orang (49%) baik laki-laki maupun perempuan dari 160 lansia yang ada. Penyakit hipertensi apabila tidak terkontrol, akan menyerang target organ seperti jantung, ginjal dan mata, serta dapat menyebabkan serangan jantung, stroke, gangguan ginjal dan kebutaan (Kemenkes RI, 2018).

Hipertensi dikelompokkan menjadi dua yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer sering disebut dengan hipertensi esensial yaitu hipertensi yang etiologinya tidak diketahui secara pasti dan merupakan 90% dari semua kasus hipertensi. Jenis hipertensi esensial menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas yang dapat dimodifikasi. Sekitar 10% orang mengalami tekanan darah tinggi yang diakibatkan oleh penyakit lain yang diderita atau karena efek obat hipertensi karena sebab tersebut dikelompokkan kedalam jenis hipertensi sekunder. Curah jantung pada penderita hipertensi umumnya normal. Kelainannya terutama pada peninggian tahanan perifer disebabkan karena vasokonstriksi arteriol akibat naiknya tonus otot polos pembuluh darah tersebut (Ratna & Aswad, 2019). Bila hipertensi sudah berjalan cukup lama maka akan dijumpai perubahan-perubahan struktural pada pembuluh darah arteriol berupa penebalan tunika interna dan hipertropi tunika media. Dengan adanya hipertropi dan hiperplasi, maka sirkulasi darah dalam otot jantung tidak mencukupi lagi sehingga terjadi anoksia relatif. Keadaan ini dapat diperkuat dengan adanya sklerosis koroner (Hidayatus, 2018).

Ada dua macam terapi yang bisa dilakukan untuk mengobati penyakit hipertensi yaitu terapi farmakologi dengan obat dan terapi nonfarmakologi dengan modifikasi pola hidup sehari-hari dan kembali ke produk alami. Banyak jenis tanaman obat yang mempunyai efek untuk menurunkan tekanan darah tinggi dan salah satunya adalah seledri. Seledri memiliki kandungan apigenin yang dapat mencegah penyempitan pembuluh darah dan phthalides yang dapat mengendurkan otot-otot arteri atau merelaksasi pembuluh darah (Momongan et al., 2022).

Senam hipertensi juga di percaya dapat menurunkan tekanan darah. Senam hipertensi merupakan senam aktifitas fisik yang dapat dilakukan dimana gerakan senam khusus penderita hipertensi yang dilakukan selama 30 menit dengan

tahapan 5 menit latihan pemanasan, 20 menit gerakan peralihan, dan 5 menit gerakan pendinginan dengan frekuensi 4 kali dalam 2 minggu secara teratur dapat menurunkan tekanan darah, mengurangi risiko terhadap stroke, serangan jantung, gagal ginjal, gagal jantung, dan penyakit pembuluh darah lainnya. Selain itu juga senam teratur dapat menurunkan berat badan dan peningkatan massa otot akan mengurangi jumlah lemak, sehingga membantu tubuh mempertahankan tekanan darah. setiap penurunan berat badan 5 kg akan menurunkan beban jantung sebanyak 20% (Tina et al., 2021).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas didapatkan rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S. dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Melati Panti Werdha Jambangan Surabaya Provinsi Jawa Timur?”.

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S. dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Melati Panti Werdha Jambangan Surabaya Provinsi Jawa Timur.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S. dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Melati Panti Werdha Jambangan Surabaya Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan diagnosa Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S. dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Melati Panti Werdha Jambangan Surabaya Provinsi Jawa Timur.

3. Merencanakan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S. dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Melati Panti Werdha Jambangan Surabaya Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S. dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Melati Panti Werdha Jambangan Surabaya Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S. dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Melati Panti Werdha Jambangan Surabaya Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S. dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Melati Panti Werdha Jambangan Surabaya Provinsi Jawa Timur.

#### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Secara akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Diagnosa Medis Hipertensi
2. Secara praktis, tugas ini bermanfaat bagi:
  - a. Bagi pelayanan keperawatan di Panti.

Dengan penulisan karya tulis ilmiah ini, diharapkan dapat menambah bacaan atau wawasan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik, khususnya pada Lansia Dengan Hipertensi di Panti Werdha Jambangan Surabaya Jawa Timur.

b. Bagi peneliti

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melaksanakan karya tulis ilmiah asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi.

c. Bagi profesi kesehatan

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai ilmu tambahan bagi profesi keperawatan dan juga memberikan pemahaman yang lebih baik mengenai asuhan keperawatan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi.

### **1.5 Metode Penulisan**

1. Metode

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu metode deskriptif. Metode deskriptif merupakan metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang dimana meliputi studi literature/ kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah yaitu: pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Hasil data diperoleh atau diambil melalui percakapan baik dengan pasien maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Hasil data yang diperoleh ketika wawancara berlangsung dan sesuai dengan kondisi pasien.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik yang dapat menunjang dalam menegakkan diagnosa atau penatalaksanaan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari pasien.

b. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

3. Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari serta memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

a. Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing,

pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

b. Bagian inti terdiri atas lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2: Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Hipertensi. Serta kerangka masalah.

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab 2 ini akan membahas secara teoritis mengenai konsep dasar dan asuhan keperawatan Gerontik Hipertensi. Dalam konsep dasar akan diuraikan mulai dari konsep lansia, konsep penyakit hipertensi, dan konsep asuhan keperawatan gerontik. Selanjutnya asuhan keperawatan akan diuraikan mengenai masalah yang muncul pada Hipertensi pada Lansia dengan melakukan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **2.1. Konsep lansia**

##### **2.1.1 Definisi lansia**

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Keliat, Budi Anna, 1999 dalam Maryam, Siti, dkk, 2008). Sedangkan menurut Pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun. (Maryam, Siti, dkk, 2008). Tahap dewasa merupakan tahap tubuh mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu, tubuh mulai menyusut karena jumlah sel dalam tubuh sudah berkurang. Oleh karena itu, fungsi organisme secara bertahap memburuk. Itulah yang dikatakan proses penuaan. Penuaan atau senescence adalah suatu proses dimana kemampuan jaringan untuk memperbaiki/menggantikan diri dan mempertahankan fungsi normalnya perlahan-lahan hilang, sehingga tidak mampu bertahan dari infeksi atau memperbaiki kerusakan yang ditimbulkan. (Hidayatus, 2018).

### **2.1.2. Klasifikasi lansia**

Beberapa pendapat di bawah ini dikemukakan mengenai batasan umur lansia:

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) Lanjut Usia meliputi:

1. Usia pertengahan (Middle Age) ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
2. Lanjut usia (Elderly) ialah kelompok usia antara 60 dan 74 tahun.
3. Lanjut usia tua (Old) ialah kelompok usia antara 75 dan 90 tahun.
4. Usia sangat tua (Very Old) ialah kelompok di atas usia 90 tahun.

Departemen Kesehatan RI mengklasifikasikan lanjut usia sebagai berikut:

1. Pralansia (prasenilis) : Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
2. Lansia : Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia risiko tinggi : Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial : Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa .
5. Lansia tidak potensial : Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Kiik et al., 2018).

### **2.1.3. Ciri-ciri Lansia**

1. Lansia adalah masa kemunduran. Penurunan pada kelompok lanjut usia biasanya dipengaruhi oleh faktor fisik dan psikologis. Motivasi berperan sangat penting dalam kemunduran pada lansia.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas. Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, sebagai contoh, lansia yang mempertahankan pendapatnya mendapat respon negatif dari masyarakat disekitarnya.
3. Menua membutuhkan perubahan peran. Perubahan peran dibutuhkan oleh lansia yang sebaiknya dilakukan atas keinginan sendiri tidak terdapat unsur paksaan atau tekanan dari lingkungan.
4. Penyesuaian yang buruk pada lansia. Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat kelompok ini cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk (Kiik et al., 2018).

#### **2.1.4. Aspek Sosial Dan Budaya Lansia**

Pembangunan di segala bidang menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang semakin membaik, dan usia harapan hidup makin meningkat, serta jumlah lanjut usia makin bertambah. Untuk meningkatkan kesejahteraan lanjut usia tersebut, oleh pemerintah bersama masyarakat telah digerakkan upaya peningkatan kesejahteraan lanjut usia dalam bentuk:

1. Perlindungan sosial.
2. Bantuan sosial.
3. Pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial.
4. Pelayanan kesehatan.
5. Pemberdayaan lanjut usia agar mereka siap didayagunakan sesuai kemampuan masing-masing.
6. Mendorong agar lanjut usia bergabung dengan organisasi sosial atau organisasi lanjut usia atau organisasi masyarakat lainnya.

Upaya diatas akan lebih ditingkatkan lagi dimasa mendatang, baik ditujukan bagi lanjut usia potensial dan lanjut usia yang tidak potensial.

Menggabungkan diri dengan organisasi sosial dan organisasi kemasyarakatan belum membudaya dan melembaga, sehingga pembinaan terhadap lanjut usia secara kelompok sulit dilakukan. Untuk mengantisipasi hal tersebut, perlu dilakukan upaya khusus yang dasarnya telah dirumuskan dalam Undang-undang Republik Indonesia nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia. Kesejahteraan sosial lanjut usia adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan sosial, baik material maupun spiritual, yang diliputi rasa keselamatan, kesusilaan, dan ketentraman lahir batin yang memungkinkan setiap lanjut usia untuk mengadakan pemenuhan kebutuhan jasmani, rohani, dan sosial yang sebaik-baiknya bagi diri, keluarga, serta masyarakat dengan menjunjung tinggi hak dan kewajiban asasi manusia. Menurut Undang-Undang no. 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia bahwa upaya peningkatan kesejahteraan sosial bagi lanjut usia potensial meliputi pelayanan keagamaan dan mental spiritual, pelayanan kesehatan, pelayanan kesempatan kerja, pelayanan pendidikan dan pelatihan, pelayanan untuk mendapat kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana, dan prasarana umum, pemberian kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum, bantuan sosial.

Sedangkan kesejahteraan sosial bagi lanjut usia yang tidak potensial meliputi: pelayanan keagamaan dan mental spiritual, pelayanan kesehatan, pelayanan untuk mendapatkan kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana, dan prasarana umum; pemberian kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum, perlindungan sosial.

Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia diarahkan agar lanjut usia tetap dapat diberdayakan sehingga berperan dalam kegiatan pembangunan dengan memperhatikan fungsi, kearifan, pengetahuan, keahlian, keterampilan, pengalaman,

usia, dan kondisi fisiknya, serta terselenggaranya pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial lanjut usia. Upaya ini bertujuan untuk memperpanjang usia harapan hidup dan masa produktif, terwujudnya kemandirian dan kesejahteraannya, terpeliharanya sistem nilai budaya dan kekerabatan bangsa Indonesia serta lebih mendekatkan diri kepada Tuhan YME

Dilihat dari aspek sosial dan budaya begitu banyak permasalahan yang timbul dan membutuhkan penanganan dari berbagai bidang dan melibatkan berbagai kelompok profesional, yang salah satunya adalah keperawatan, yang merupakan bagian integral dari kesehatan yang mempunyai ilmu dan kiat-kiat tertentu didalam ikut bertanggungjawab meningkatkan kesejahteraan sosial usia lanjut. Kesehatan dalam pengertian UU no.13/1998 adalah Keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Aging proses membawa banyak perubahan pada badan/jasmani, jiwa, sosial dan ini akan dijelaskan lebih lanjut dalam uraian teori tentang proses penuaan. Dengan adanya undang-undang no.13/1998 adalah merupakan suatu kekuatan yang menjadi dasar untuk bekerja dan ini tentu perlu berkordinasi dengan departemen terkait yang menangani masalah lansia tersebut (Hidayatus, 2018).

### **2.1.5. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia**

1. Perubahan fisik
  - a. Sel : jumlahnya lebih sedikit tetapi ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intra dan extra seluler.
  - b. Persarafan: cepatnya menurun hubungan persarapan, lambat dalam respon waktu untuk meraksi, mengecilnya saraf panca indra sistem pendengaran, presbiakusis, atrofi membran timpani, terjadinya pengumpulan serum karena meningkatnya keratin

- c. Sistem penglihatan: pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinaps, kornea lebih berbentuk sferis, lensa keruh, meningkatnya ambang pengamatan sinar, daya akomodasi, menurunnya lapang pandang.
- d. Sistem Kardiovaskuler: katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1 % setiap tahun setelah berumur 20 tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meninggi.
- e. Sistem respirasi: otot-otot pernafasan menjadi kaku sehingga menyebabkan menurunnya aktivitas silia. Paru kehilangan elastisitasnya sehingga kapasitas residu meningkat, nafas berat. Kedalaman pernafasan menurun.
- f. Sistem gastrointestinal: kehilangan gigi, sehingga menyebabkan gizi buruk, indera pengecap menurun karena adanya iritasi selaput lendir dan atropi indera pengecap sampai 80%, kemudian hilangnya sensitifitas saraf pengecap untuk rasa manis dan asin.
- g. Sistem genitourinaria: ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi sehingga aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, GFR menurun sampai 50%. Nilai ambang ginjal terhadap glukosa menjadi meningkat. Vesika urinaria, otot-ototnya menjadi kapasitasnya menurun sampai 200 cc sehingga vesika urinaria sulit pada pria lansia yang akan berakibat retensia urine. Pembesaran prostat, 75% dialami oleh pria diatas 55 tahun. Pada vulva terjadi atropi sedang vagina terjadi selaput lendir kering, elastisitas jaringan menurun, sekresi berkurang dan menjadi alkali.

- h. Sistem endokrin: pada sistem endokrin hampir semua produksi hormon menurun, sedangkan fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, aktivitas tiroid menurun sehingga menurunkan basal metabolisme rate (BMR). Produksi sel kelamin menurun seperti: progesteron, estrogen dan testosteron.
- i. Sistem integumen: pada kulit menjadi keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kepala dan rambut menipis menjadi kelabu, sedangkan rambut dalam telinga dan hidung menebal. Kuku menjadi keras dan rapuh.
- j. Sistem muskuloskeletal: tulang kehilangan densitasnya dan makin rapuh menjadi kiposis, tinggi badan menjadi berkurang yang disebut discusine vertebralis menipis, tendon mengkerut dan atrofi serabut erabit otot, sehingga lansia menjadi lamban bergerak, otot kram, dan tremor.

## 2. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah:

Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa

- a. Kesehatan umum
  - b. Tingkat pendidikan
  - c. Keturunan
  - d. Lingkungan
- ## 3. Perubahan-Perubahan Psikososial
- a. Pensiun : nilai seorang diukur oleh produktifitasnya, identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan
  - b. Merasakan atau sadar akan kematian
  - c. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit (Hidayatus, 2018).

### 2.1.6. Tipe Lansia

Tipe lansia berkaitan dengan karakter, pengalaman kehidupannya, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya, tipe lansia antara lain: tipe optimis, tipe konstruktif, tipe ketergantungan (*dependent*), tipe defensif, tipe militan dan serius, tipe marah atau frustrasi (*the angry man*), dan tipe putus asa (*self heating man*).

Menurut (Prabasari et al., 2017) menjelaskan bahwa banyak ditemukan bermacam - macam tipe lansia, diantaranya:

#### 1. Tipe arif bijaksana

Tipe lansia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

#### 2. Tipe mandiri

Tipe lansia kini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

#### 3. Tipe tidak puas

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

#### 4. Tipe pasrah

Tipe lansia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan berbagai jenis pekerjaan.

## 5. Tipe bingung

Tipe lansia yang sering kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkandiri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

### **2.1.7. Tugas Perkembangan Lansia**

Tugas perkembangan lansia yaitu:

1. Mempersiapkan diri untuk kondisi yang menurun
2. Mempersiapkan diri untuk pensiun
3. Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya
4. Mempersiapkan kehidupan baru

Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial atau masyarakat secara santai. Selain tugas perkembangan seperti diatas, terdapat pula tugas perkembangan yang spesifik yang dapat muncul sebagai akibat tuntutan:

1. Kematangan fisik
2. Harapan dan kebudayaan masyarakat
3. Nilai-nilai individu dan aspirasi.
4. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan (Sheila, 2022).

## **2.2. Konsep Hipertensi**

### **2.2.1. Anatomi Dan Fisiologi Jantung**

Jantung adalah sebuah rongga, rongga organ berotot yang memompa darah lewat pembuluh darah oleh kontraksi berirama yang berulang. Darah menyuplai oksigen dan nutrisi pada tubuh, juga membantu menghilangkan sisa-sisa metabolisme.

Jantung adalah salah satu organ manusia yang berperan dalam system peredaran darah, terletak di rongga dada agak sebelah kiri. Jantung adalah satu otot tunggal yang terdiri dari lapisan endothelium. Jantung terletak di dalam rongga torakik, di balik tulang dada Struktur jantung berbelok ke bawah dan sedikit ke arah

kiri. Massanya kurang lebih 300 gram, besarnya sebesar kepalan tangan.

Jantung hampir sepenuhnya diselubungi oleh patu-paru tetapi tertutup oleh selaput ganda yang bernama perikardium, yang tertempel pada diafragma.. Lapisan pertama menempel sangat erat kepada jantung, sedangkan lapisan luarnya lebih longgar dan berair, untuk menghindari gesekan antar organ dalam tubuh yang terjadi karena gerakan memompa konstan jantung. Jantung dijaga di tempatnya oleh pembuluh-pembuluh darah yang meliputi daerah jantung yang merata/datar, seperti di dasar dan di samping. Jantung memiliki 4 ruangan yang terdiri dari 2 ruang atrium (serambi) yang berdinding tipis, 2 ruang ventrikel (bilik).

Katup jantung memungkinkan darah mengalir hanya ke satu arah dalam jantung.katup yang tersusun atas bilah-bilah fibrosa memmbuka dan menutup secara pasif sebagai respon terhadap perubahan tekanan dalam rongga selama kontraksi (sistol) atau relaksasi (diastole). Katup jantung terdiri dari Katup antriovenrikularis dan katup semilunaris. Saat jantung berdetak, terjadi aliran darah yang masuk dan keluar dari jantung melalui pembuluh darah, dikenal sebagai sistem sirkulasi jantung. Terdapat 3 jenis pembuluh darah utama yaitu :

#### 1. Arteri

Arteri berfungsi membawa darah meninggalkan jantung .dinding arteri terdiri dari 3 lapisan yaitu jaringan ikat fibrosa, serabur elastic, sel-sel endothelial.

#### 2. Vena

Vena merupakan pembuluh darah yang membawa darah dari alat-alat tubuh kembali masukke jantung. Terdiri dari vena kava dan vena pulmonalis.

#### 3. Kapiler

Kapiler adalah pembuluh darah yang sangat halus. Digunakan untuk pertukaran nutrient dan zat sisa diantara darah dan jaringan. Kapiler menghubungkan

arteriol dan venula. Curah jantung pada orang dewasa normal sekitar 5liter/menit namun sangat bervariasi bergantung kepada kebutuhan metabolisme tubuh (Zanah, 2021).

### **2.2.2. Definisi Hipertensi**

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan kronis yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri. Keadaan tersebut mengakibatkan jantung bekerja untuk mengedarkan darah keseluruh tubuh melalui pembuluh darah. Hal ini dapat mengganggu aliran darah, merusak pembuluh darah, bahkan dapat menyebabkan penyakit degeneratif hingga kematian.

Hipertensi berawal dari bahasa latin yaitu hiper dan tension. Hiper ialah tekanan yang berlebihan dan tension ialah tensi. Hipertensi merupakan kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam kurun waktu yang lama) yang dapat menyebabkan kesakitan pada seseorang dan bahkan dapat menyebabkan kematia. Seseorang dapat disebut menderita hipertensi jika didapatkan tekanan darah sistolik >140 mmHg dan diastolik >90 mmHg (Yeyeh, 2010). Tekanan darah yang selalu tinggi dan tidakdiobati atau dicegah sejak dini, maka sangat berisiko menyebabkan penyakit degeneratif seperti retinopati, penebalan dinding jantung, kerusakan ginjal, jantung koroner, pecahnya pembuluh darah, stroke, bahkan dapat menyebabkan kematian mendadak (Yulanda & Lisiswanti, 2017).

### 2.2.3. Klasifikasi Hipertensi

**Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Klinik klasifikasi ESH-ESC**

<b>Kategori</b>	<b>Tekanan Darah Sistolik</b>	<b>Tekanan Darah Diastolik</b>
Optimal	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Normal	120-129 mmHg	80-84 mmHg
Normal Tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Hipertensi tingkat 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi tingkat 2	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Hipertensi tingkat 3	>180 mmHg	110-119 mmHg
Hipertensi Sistolik Terisolasi	>140 mmHg	120 mmHg atau lebih

Sumber : (Yulanda & Lisiswanti, 2017)

### 2.2.4. Etiologi Hipertensi

1. Hipertensi Esensial/Primer:

Faktor yang mempengaruhi seperti:

- a. Lingkungan
- b. Hiperaktivitas susunan syaraf simpatik
- c. Peningkatan natrium
- d. Obesitas
- e. Alkohol
- f. Merokok
- g. Stres dan Emosional

## 2. Hipertensi Sekunder/Renal

Penyakit yang merupakan penyebab hipertensi antara lain:

- a. Penyakit ginjal
- b. Hiperaldosteronisme
- c. Sindroma cushing
- d. Hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan
- e. Penyakit jantung
- f. Penyakit endokrin

## 3. Faktor Resiko:

- a. Usia dan riwayat keluarga
- b. Ras dan seks
- c. Intake tinggi garam
- d. Stres
- e. Penggunaan obat-obat kontrasepsi oral

## 4. Kebiasaan Hidup.

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan hipertensi adalah:

- a. Konsumsi garam yang tinggi. dari dunia kedokteran membuktikan bahwa pembatasan garam dan pengeluaran garam/natrium oleh obat diuretik akan menurunkan tekanan darah lebih lanjut.
- b. Kegemukan atau makan berlebihan. dari penelitian kesehatan terbukti ada hubungan antara kegemukan dan hipertensi.
- c. Stres dan ketegangan jiwa sudah lama diketahui bahwa ketegangan jiwa seperti rasa tertekan, murung, rasa marah, dendam, rasa takut dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdetak lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat.

- d. Pengaruh lain yang dapat menyebabkan naiknya tekanan darah adalah merokok karena merangsang sistem adrenergik dan meningkatkan tekanan darah. Minum alkohol, minum obat-obat misal; ephedrin, Prednison, epinefrin(Hidayatus, 2018).

### **2.2.5. Patofisiologi**

Kerja jantung terutama ditentukan oleh besarnya curah jantung dan tahanan perifer. Curah jantung pada penderita hipertensi umumnya normal. Kelainannya terutama pada peninggian tahanan perifer. Kenaikan tahanan perifer ini disebabkan karena vasokonstriksi arteriol akibat naiknya tonus otot polos pembuluh darah tersebut. Bila hipertensi sudah berjalan cukup lama maka akan dijumpai perubahan-perubahan struktural pada pembuluh darah arteriol berupa penebalan tunika interna dan hipertropi tunika media. Dengan adanya hipertropi dan hiperplasi, maka sirkulasi darah dalam otot jantung tidak mencukupi lagi sehingga terjadi anoksia relatif. Keadaan ini dapat diperkuat dengan adanya sklerosis coroner (Hidayatus, 2018).

### **2.2.6. Pencegahan Hipertensi**

Pencegahan lebih baik dari pada pengobatan, demikian terhadap hipertensi pada umumnya, orang akan berusaha mengenali hipertensi jika dirinya atau keluarganya sakit keras atau meninggal dunia akibat hipertensi.

Sebenarnya sangat sederhana dan tidak memerlukan biaya, hanya diperlukan disiplin dan ketekunan menjalankan aturan hidup sehat, sabar, dan ikhlas (jawa; nrimo) dalam mengendalikan perasaan dan keinginan atau ambisi. Disamping berusaha untuk memperoleh kemajuan, selalu sadar atau mawas di ri untuk ikhlas menerima kegagalan atau kesulitan.

Usaha pencegahan juga bermanfaat bagi penderita hipertensi agar penyakitnya tidak menjadi lebih parah, tentunya harus disertai pemakaian obat-obatan yang harus

ditentukan oleh dokter. Agar terhindar dari komplikasi fatal hipertensi, harus diambil tindakan pencegahan yang baik (Stop high blood pressure), antara lain dengan cara sebagai berikut:

1. Mengurangi konsumsi garam
2. Menghindari kegemukan
3. Membatasi konsumsi lemak
4. Olahraga teratur
5. Makan banyak sayur segar
6. Tidak merokok dan tidak minum alkohol
7. Latihan relaksasi atau meditasi
8. Berusaha membina hidup yang positif (Hidayatus, 2018).

#### **2.2.7. Penanggulangan Hipertensi**

Penanggulangan hipertensi secara garis besar dapat dibagi menjadi dua penatalaksanaan yaitu: Penatalaksanaan Nonfarmakologis dan farmakologis

1. Penatalaksanaan Nonfarmakologis:

Hipertensi atau tekanan darah tinggi sebetulnya bukan suatu penyakit, tetapi hanya merupakan suatu kelainan dengan gejala gangguan pada mekanisme regulasi tekanan darah yang timbul. Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja, tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita bertambah kuat (Barry, 1987). Penatalaksanaan nonfarmakologi adalah dengan jalan memodifikasi gaya.

2. Penatalaksanaan farmakologis

Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup penderita. Pengobatan obat standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (Joint National Commite On Detection, Evaluation and Treatment of high Blood

Pressure, USA, 1988) menyimpulkan bahwa obat diuretik, Penyekat Beta Antagonis kalsium, atau penghambatan ACE, dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita. Bila tekanan darah tidak dapat diturunkan dalam satu bulan, dosis obat dapat disesuaikan sampai dosis maksimal atau menambahkan obat golongan lain atau mengganti obat pertama dengan obat golongan lain. Sasaran penurunan tekanan darah adalah kurang dari 140/90 mm Hg dengan efek samping minimal. Penurunan tekanan dosis obat dapat dilakukan pada golongan hipertensi ringan yang sudah terkontrol dengan baik selama 1 tahun (Hidayatus, 2018).

#### **2.2.8. Komplikasi**

Hipertensi merupakan penyebab utama penyakit jantung koroner, cedera cerebrovaskuler, dan gagal ginjal. Hipertensi menetap yang disertai dengan peningkatan tahanan perifer menyebabkan gangguan pada endothelium pembuluh darah mendorong plasma dan lipoprotein ke dalam intima dan lapisan sub intima dari pembuluh darah dan menyebabkan pembentukan plaque/aterosklerosis. Peningkatan tekanan juga menyebabkan hiperplasi otot polos, yang membentuk jaringan parut intima dan mengakibatkan penebalan pembuluh darah dengan penyempitan lumen.

Komplikasi yang dapat timbul bila hipertensi tidak terkontrol adalah

1. Krisis Hipertensi
2. Penyakit jantung dan pembuluh darah: penyakit jantung koroner dan penyakit jantung hipertensi adalah dua bentuk utama penyakit jantung yang timbul pada penderita hipertensi.

3. Penyakit jantung cerebrovaskuler: hipertensi adalah faktor resiko paling penting untuk timbulnya stroke. Kecepatan dari stroke bertambah dengan setiap kenaikan tekanan darah.
4. Ensefalopati hipertensi yaitu sindroma yang ditandai dengan perubahan neurologis mendadak atau sub akut yang timbul sebagai akibat tekanan arteri yang meningkat dan kembali normal apabila tekanan darah diturunkan.
5. Nefrosklerosis karena hipertensi.
6. Retinopati hipertensi (Hidayatus, 2018).

### **2.3. Konsep Nyeri**

#### **2.3.1. Definisi Nyeri**

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

Rangsang nyeri diterima oleh nosiseptor di kulit dan visera. Sel yang nekrotik akan melepaskan  $K^+$  dan protein intrasel yang dapat mengakibatkan inflamasi. Mediator penyebab nyeri akan dilepaskan. Leukotrien, prostaglandin  $E_2$ , dan histamine akan mensensitisasi nosiseptor selain itu lesi jaringan juga mengaktifkan pembekuan darah sehingga melepaskan bradikinin dan serotonin. Jika terdapat penyumbatan pembuluh darah, akan terjadi iskemia dan penimbunan  $K^+$  dan  $H^+$  ekstrasel yang diakibatkan akan semakin mengaktifkan nosiseptor yang telah tersensitisasi. Perangsangan nosiseptor melepaskan substansi peptide P (SP) dan

peptide yang berhubungan dengan gen kalsitonin (CGRP), yang meningkatkan respon inflamasi dan menyebabkan vasodilatasi serta meningkatkan permeabilitas vascular. (Mochamad Fahrudin, 2017).

### **2.3.2. Patofisiologi Nyeri**

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrotik akan merilis  $K^+$  dan protein intraseluler. Peningkatan kadar  $K^+$  ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi mikroorganisme sehingga menyebabkan peradangan / inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E<sub>2</sub>, dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperalgesia atau allodynia). Selain itu lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang akan menyebabkan akumulasi  $K^+$  ekstraseluler dan  $H^+$  yang selanjutnya mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E<sub>2</sub> memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan juga terjadi Perangsangan nosisepto. Bila nosiseptor terangsang maka mereka melepaskan substansi peptida P (SP) dan kalsitonin gen terkait peptida (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi (oleh serotonin), diikuti oleh vasodilatasi, mungkin juga bertanggung jawab untuk serangan migrain. Perangsangan nosiseptor inilah yang menyebabkan nyeri. (mochamad fahrudin, 2017)

### **2.3.3. Klasifikasi Nyeri**

Berdasarkan durasinya, nyeri dapat dibagi menjadi akut dan kronis.<sup>11</sup> Ada banyak klasifikasi nyeri, yaitu:

1. Fisik : Menginformasikan kerusakan jaringan, terjadi rangsangan mati, terbakar atau robek.
2. Emosional : Menunjukkan gangguan emosional, ditunjukkan dengan kesedihan, depresi, rasa bersalah, dan ketakutan.
3. Psikis : Menunjukkan ketidakseimbangan psikis, ditunjukkan dengan rasa malu ataupun disorientasi.
4. Eksistensial : Muncul akibat dari disintegrasi integritas individu, secara keseluruhan, ditunjukkan dengan bentuk keputusan, rasa malu eksistensial, rasa bersalah, ketakutan yang parah. Beda dari bentuk rasa sakit emosional yang mendalam dan memiliki tingkat ancaman yang lebih tinggi terhadap keseluruhan.
5. Relasional : Muncul saat ada hubungan antar manusia terganggu, bisa dalam bentuk emosional, psikis dan eksistensial, atau kombinasi keduanya. (M. Fani & Elman Boy, 2019).

### **2.3.4. Lansia Dan Nyeri**

Salah satu sindrom yang paling umum dijumpai pada lansia adalah nyeri. Ketika individu melebihi usia 60 tahun, maka kejadian nyeri bisa berlipat ganda dan meningkat setiap sepuluh tahun. Itu sudah ditentukan berdasarkan prevalensi nyeri pada lansia bervariasi, antara 88,5% - 99,7%. Sementara nyeri akut ditemui pada tingkat yang sama disemua kelompok umur, nyeri kronis umumnya meningkat seiring bertambahnya usia, puncaknya pada rentang usia 65 – 70 tahun, tetap stabil pada usia 70 – 75 tahun dan menurun setelah 75 tahun. Nyeri sendi dua kali lebih besar pada

individu yang berusia 65 tahun dibandingkan dewasa muda. Akut nyeri visceral seperti sakit kepala, nyeri dada iskemik, sakit perut, pneumothoraks, tukak lambung, obstruksi usus dan peritonitis lebih jarang ditemukan pada orang tua dan kelompok usia lainnya. Bagaimanapun, osteoarthritis, stenosis kanal tulang belakang, neuropati perifer, fibromyalgia, nyeri pasca stroke dan keganasan, yang merupakan penyebab umum nyeri. Meski belum diketahui secara pasti, wanita lebih sensitif terhadap rasa sakit yang timbul akibat hormonal, factor endogen, eksogen, psikososial dan variable kognitif / afektif dibandingkan pria.

Prevalensi nyeri persisten meningkat dengan bertambahnya usia. Peningkatan nyeri sendi dan neuralgia sangat umum terjadi. Mayoritas orang lanjut usia memiliki masalah nyeri yang signifikan dan tidak terobati. Antara 25% dan 40% pasien kanker yang lebih tua sering mengalami nyeri setiap hari. Diantara pasien ini, 21% yang berusia 65 dan 74 tahun tidak ada menerima obat untuk menghilangkan rasa nyeri. Dari pasien yang berusia 75 sampai 84 tahun, 26% tidak menerima obat pereda rasa nyeri. Dan untuk mereka yang berusia diatas 84 tahun, 30% tidak diobati. (M. Fani & Elman Boy, 2019)

## **2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Diagnosa Medis Hipertensi**

### **2.4.1. Pengkajian**

#### **1. Data Biografi**

Identitas Pasien : Nama Pasien, Umur, Jenis Kelamin, Agama, Suku/Bangsa, Status Perkawinan, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat, Tanggal Pengkajian dan Tanggal Kedatangan Pasien.

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi : Nama Keluarga, Umur, Jenis Kelamin, Agama, Suku/Bangsa, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat dan sumber informasi beserta nomor telepon.

2. Riwayat kesehatan atau perawatan Riwayat

Perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoria atau marah kronik (dapat mengindikasikan kerusakan serebral). Faktor-faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan). bisa ditandai dengan Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontiniu perhatian, tangisan yang meledak. Gerak tagan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara.

3. Aktifitas/istirahat

Gejala: Kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton

Tanda: Frekwensi jantung meningkat, perubahan irama jantung

4. Sirkulasi

Gejala: Riwayat hipertensi, penyakit jantung koroner. Tanda: Kenaikan tekanan darah, tachycardi, disarythmia.

5. Integritas Ego

Gejala: Ancietas, depresi, marah kronik, faktor-faktor stress. Tanda: Letupan suasana hati, gelisah, otot mulai tegang.

6. Eliminasi

Riwayat penyakit ginjal, obstruksi.

7. Makanan/cairan

Gejala: Makanan yang disukai (tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol), muntah, perubahan berat badan (naik/turun), riwayat penggunaan diuret Tanda: Berat badan normal atau obesitas, adanya oedem.

8. Neurosensori

Gejala: Keluhan pusing berdenyut, sakit kepala sub oksipital, gangguan penglihat Tanda: Status mental: orientasi, isi bicara, proses berpikir,memori,

perubaha retina optik.

Respon motorik: penurunan kekuatan genggam tangan.

9. Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala: Angina, nyeri hilang timbul pada tungkai, nyeri abdomen/massa.

10. Pernafasan

Gejala: Dyspnea yang berkaitan dengan aktifitas/kerja, tacyhpnea, batuk dengan tanpa sputum, riwayat merokok. Tanda: Bunyi nafas tambahan, cyanosis, distress respirasi/penggunaan alat bantu pernafasan.

11. Keamanan

Gejala: Gangguan koordinasi, cara berjalan (Hidayatus, 2018).

#### **2.4.2. Pemeriksaan Diagnostik**

1. HB : untuk mengkaji anemia, jumlah sel-sel terhadap volume cairan (viskositas)
2. BUN : memberi informasi tentang fungsi ginjal.
3. Glukosa : mengkaji hiperglikemi yang dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).
4. Kalsium dan Kalium serum
6. Kolesterol dan trygliserid
7. Tyroid
8. Urin analisa
9. Foto dada
10. CT Scan
11. EKG (Hidayatus, 2018).

#### **2.4.3. Prioritas Keperawatan**

1. Mempertahankan/meningkatkan fungsi kardiovaskuler.
2. Mencegah komplikasi.

3. Kontrol aktif terhadap kondisi.
4. Beri informasi tentang proses / prognose daaan program pengobatan (Hidayatus, 2018).

#### **2.4.4. Penatalaksanaan Hipertensi**

##### **6. Penatalaksanaan Farmakologis**

Terdapat beberapa alasan mengapa pengobatan kombinasi pada hipertensi dianjurkan diantaranya dikarenakan mempunyai efek aditif, mempunyai efek sinergisme, mempunyai sifat saling mengisi, penurunan efek samping masing-masing obat, mempunyai cara kerja yang saling mengisi pada organ target tertentu dan adanya “fixed dose combination” akan meningkatkan kepatuhan pasien. Obat golongan *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor* (ACEI) bekerja menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga bekerja dengan menghambat aktivitas saraf simpatis dengan menurunkan pelepasan noradrenalin, menghambat pelepasan endotelin, meningkatkan produksi substansi vasodilatasi seperti NO, bradikinin, prostaglandin dan menurunkan retensi sodium dengan menghambat produksi aldosteron. Efek samping yang mungkin terjadi adalah batuk batuk, *skin rash*, hiperkalemia. Hepatotoksik. glikosuria dan proteinuria merupakan efek samping yang jarang. Contoh golongan ACEI adalah captopril, enalapril dan Lisinopril. 2,6 Golongan obat *Angiotensin Receptor Blocker* (ARB) menyebabkan vasodilatasi, peningkatan ekskresi Na<sup>+</sup> dan cairan (mengurangi volume plasma), menurunkan hipertrofi vaskular sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Efek samping yang dapat muncul meliputi pusing, sakit kepala, diare, hiperkalemia, *rash*, batuk-batuk (lebih kurang dibanding ACE-inhibitor), *abnormal taste sensation (metallic taste)*.

**Tabel 2.2 Panduan Dosis Obat-Obatan Antihipertensi**

<b>Antihypertension Medication</b>	<b>Initial Daily Dose, mg</b>	<b>Target Dose in RCTs Reviewed, mg</b>	<b>No. of Doses per Day</b>
<b>ACE Inhibitor</b>			
Captopril	50	150-200	2
Enalapril	5	20	1-2
Lisinopril	10	40	1
<b>Angiotensin Receptor Blockers</b>			
Eprosartan	400	600-800	1-2
Candesartan	4	16-32	1
Losartan	50	100	1-2
Valsartan	40-80	160-320	1
Irbesartan	75	300	1
<b><math>\beta</math>-Blocker</b>			
Atenolol	25-50	100	1
Metoprolol	50	100-200	1-2
<b>Calcium Canal Blocker</b>			
Amlodipine	2,5	10	1
Diltiazem extended released	120-180	360	1
Nifedipin	10	20	1-2
<b>Thiazide type diuretic</b>			
Bendroflumethiazide	5	10	1
Chlorthalidone	12,5	12,5-25	1
Hydrochlorothiazide	12,5-25	25-100	1-2
Indapamide	1,25	1,25-2,5	1

## 2. Penatalaksanaan Nonfarmakologis

Pengobatan secara nonfarmakologi atau lebih dikenal dengan pengobatan tanpa obat-obatan, pada dasarnya merupakan tindakan yang bersifat pribadi atau perseorangan. Pada pengobatan hipertensi tanpa obat-obatan lebih menekankan pada perubahan pola makan dan gaya hidup. Berikut pengobatan nonfarmakologi :

### a. Mengurangi Konsumsi Garam

Garam dapur mengandung 40% natrium.oleh karena itu, tindakan mengurangi garam juga merupakan usaha mencegah sedikitnatrium yang masuk kedalam tubuh. Mengurangi konsumsi garam pada awalnya memang tarasa sulit.

Keadaan ini terjadi karena individu terbiasa dengan makanan berasa asin selama puluhan tahun. Tentu memerlukan usaha yang keras untuk mengurangi garam.

b. Mengendalikan Minum (Kopi Dan Alkohol)

Kopi tidak baik di konsumsi bagi individu dengan hipertensi karena, senyawa kafein dalam kopi dapat memicu meningkatnya 25 denyut jantung yang berdampak pada peningkatan tekanan darah. Minuman beralkohol dapat menyebabkan hipertensi karena, bila di konsumsi dalam jumlah yang berlebihan akan meningkatkan tekanan darah. Pada dasarnya pada penderita hipertensi perlu meninggalkan minuman beralkohol.

c. Mengendalikan Berat Badan

Mengendalikan berat badan dapat dilakukan dengan berbagai cara. Misalnya mengurangi porsi makanan yang masuk kedalam tubuh atau mengimbangi dengan melakukan banyak aktivitas, penurunan 1kg berat badan dapat menyebabkan tekanan darah turun 1 mmHg.

d. Berolah Raga Teratur

Seorang penderita hipertensi bukan dilarang untuk berolahraga, tetapi dianjurkan olahraga secara teratur. Bagi penderita hipertensi semua olahraga baik dilakukan asal tidak menyebabkan kelelahan fisik dan selain itu olahraga ringan yang dapat sedikit meningkatkan denyut jantung dan mengeluarkan keringat (Hernawan & Rosyid, 2017).

## 2.5. Asuhan Keperawatan

1. Identitas Meliputi : Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat sebelum tinggal di panti, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan sebelumnya, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, kamar, no register, diagnosa medis, dan penanggung jawab.
2. Riwayat keluarga Menggambarkan silsilah (kakek, nenek, orang tua, saudara kandung, pasangan, dan anak-anak)
3. Riwayat Pekerjaan Menjelaskan status pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, dan sumber- sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan yang tinggi.
4. Riwayat Lingkup Hidup Meliputi : tipe tempat tinggal, jumlah kamar, jumlah orang yang tinggal di rumah, derajat privasi, alamat, dan nomor telpon.
5. Riwayat Rekreasi Meliputi : hoby/minat, keanggotaan organisasi, dan liburan
6. Sumber/ Sistem Pendukung Sumber pendukung adalah anggota atau staf pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat atau klinik
7. Deskripsi Harian Khusus Kebiasaan Ritual Tidur Menjelaskan kegiatan yang dilakukan sebelum tidur. Pada pasien lansia dengan hipertensi mengalami susah tidur sehingga dilakukan ritual ataupun aktivitas sebelum tidur
8. Status Kesehatan Saat Ini Meliputi : status kesehatan umum selama setahun yang lalu, status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu, keluhan-keluhan kesehatan utama, tekanan darah, tanda-tanda vital, serta pengetahuan tentang penatalaksanaan masalah kesehatan.
9. Obat-Obatan Menjelaskan obat yang telah dikonsumsi, bagaimana mengonsumsinya, atas nama dokter siapa yang menginstruksikan dan tanggal resep

10. Status Imunisasi Mengkaji status imunisasi klien pada waktu dahulu
11. Nutrisi Menilai apakah ada perubahan nutrisi dalam makan dan minum, pola konsumsi makanan dan riwayat peningkatan berat badan. Biasanya pasien dengan hipertensi perlu memenuhi kandungan nutrisi seperti karbohidrat, protein, mineral, air, lemak, dan serat. Tetapi diet rendah garam juga berfungsi untuk mengontrol tekanan darah pada klien.
12. Pemeriksaan Fisik Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit dengan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.
  - a. Pada pemeriksaan kepala dan leher meliputi pemeriksaan bentuk kepala, penyebaran rambut, warna rambut, struktur wajah, warna kulit, kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea mata, konjungtiva dan sclera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan, tekanan bola mata, cuping hidung, lubang hidung, tulang hidung, dan septum nasi, menilai ukuran telinga, ketegangan telinga, kebersihan lubang telinga, ketajaman pendengaran, keadaan bibir, gusi dan gigi, keadaan lidah, palatum dan orofaring, posisi trakea, tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis serta denyut nadi karotis.
  - b. Pada pemeriksaan payudara meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (warna kemerahan pada mammae, oedema, papilla mammae menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola mammae, apakah ada pengeluaran cairan pada puting susu), palpasi (menilai apakah ada benjolan, pembesaran kelenjar getah bening, kemudian disertai dengan pengkajian nyeri tekan).

- c. Pada pemeriksaan thoraks meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk dada, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas), palpasi (penilaian vocal premitus), perkusi (menilai bunyi perkusi apakah terdapat kelainan), dan auskultasi (penilaian suara nafas dan adanya suara nafas tambahan).
- d. Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (mengamati ada tidaknya pulsasi serta ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (mendengar bunyi jantung, bunyi jantung tambahan, ada atau tidak bising/murmur)
- e. Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk abdomen, benjolan/massa, bayangan pembuluhdarah, warna kulit abdomen, lesi pada abdomen), auskultasi(bising usus atau peristalik usus dengan nilai normal 5-35 kali/menit), palpasi (terdapat nyeri tekan, benjolan/masa, benjolan/massa, pembesaran hepar dan lien) dan perkusi (penilaian suara abdomen serta pemeriksaan asites).
- f. Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya meliputi area pubis, meatus uretra, anus serta perineum terdapat kelainan atau tidak. Pada pemeriksaan muskuloskletal meliputi pemeriksaan kekuatan dan kelemahan eksremitas, kesimetrisan cara berjalan. Pada pemeriksaan integument meliputi kebersihan, kehangatan, warna, turgor kulit, tekstur kulit, kelembaban serta kelainan pada kulit serta terdapat lesi atau tidak. Pada pemeriksaan neurologis meliputi pemeriksaan tingkatan kesadaran (GCS), pemeriksaan saraf otak (NI-NXII), fungsi motorik dan sensorik,serta pemeriksaan reflex.

## 2.6. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemia (SDKI, 2019 kategori psikologi, subkategori nyeri dan kenyamanan D.0077, halaman 172)
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan curah jantung (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori sirkulasi D.0009, halaman 37)
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan hipoksia jaringan otak (SDKI, 2019 kategori psikologi, subkategori nyeri dan kenyamanan D.0074, halaman 166)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sakit kepala (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori aktivitas dan istirahat D.0055, halaman 126)
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori aktivitas dan istirahat D.0056, halaman 128)
6. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan (SDKI, 2019 kategori fisiologis, subkategori neurosensori D.0056, halaman 140)
7. Defisit pengetahuan dengan kurang terpapar sumber informasi (SDKI, 2019 kategori perilaku, subkategori penyuluhan dan pembelajaran (D.0111, halaman 246)
8. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun dan usia lebih dari 65 tahun (SDKI, 2019 kategori lingkungan, subkategori keamanan dan proteksi D.0143, halaman 306)

**Table 2.3. Intervensi Keperawatan**

<b>Diagnosa Keperawatan (SDKI)</b>	<b>Tujuan, Kriteria Hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi (SIKI)</b>
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis iskemia ditandai dengan tekanan darah meningkat dan mengeluh nyeri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Tidak tampak meringis</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<b>Manajemen nyeri (1.08238)</b> Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Monitor tanda gejala hiperglikemia</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol> Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat analgetik, <i>jika perlu</i>
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan curahjantung	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengisian kapiler membaik</li> <li>2. Akral membaik</li> <li>3. Warna kulit pucat menurun</li> <li>4. Turgor kulit membaik</li> </ol>	<b>Perawatan Sirkulasi</b> Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)</li> <li>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi)</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>2. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>3. Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>4. Lakukan hidrasi</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berolahraga rutin</li> <li>2. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu</li> <li>3. Anjurkan minum obat</li> </ol>

		<p>pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</li><li>5. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</li></ol>
--	--	---

<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan hipoksia jaringan otak</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status kenyamanan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan tidak nyaman menurun</li> <li>2. Gelisah menurun</li> </ol>	<p><b>Terapi Relaksasi</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya</li> <li>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan</li> <li>5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>3. Gunakan pakaian longgar</li> <li>4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> </ol>
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan sakit kepala</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas</li> </ol>	<p><b>Dukungan Tidur</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis:</li> </ol>

	<p>tidur menurun</p> <p>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>pencahayaannya, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</li> <li>5. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan Lelah menurun</li> <li>2. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> </ol>
Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka memori meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kemampuan mempelajari hal baru meningkat</li> <li>2. Verbalisasi kemampuan mengingat informasi</li> </ol>	<p><b>Latihan Memori</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah memori yang dialami</li> <li>2. Identifikasi kesalahan terhadap orientasi</li> <li>3. Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rencanakan metode mengajar sesuai</li> </ol>

	<p>faktual meningkat</p> <p>3. Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan meningkat</p> <p>4. Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat</p> <p>5. Verbalisasi pengalaman lupa menurun</p>	<p>kemampuan pasien</p> <p>2. Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan, jika perlu</p> <p>3. Koreksi kesalahan orientasi</p> <p>4. Fasilitasi tugas pembelajaran (mis: mengingat informasi verbal dan gambar)</p> <p>5. Fasilitasi kemampuan konsentrasi (mis: bermain kartu pasangan), jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur Latihan</p> <p>2. Ajarkan Teknik memori yang tepat (mis: imajinasi visual, perangkat mnemonic, permainan memori, isyarat memori, Teknik asosiasi, membuat daftar, computer, papan nama)</p>
Defisit pengetahuan dengan kurang terpapar sumber informasi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat</p> <p>2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat</p> <p>3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</p> <p>4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat</p> <p>5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</p>	<p><b>Edukasi Kesehatan</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</p> <p>2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</p> <p>2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk</p>

		meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun dan usia lebih dari 65 tahun	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>2. Jatuh saat berdiri menurun</li> <li>3. Jatuh saat duduk menurun</li> <li>4. Jatuh saat berjalan menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Jatuh</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</li> <li>2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</li> <li>3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</li> <li>5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>3. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</li> <li>6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)</li> <li>7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>2. Anjurkan menggunakan alas</li> </ol>

		<p>kaki yang tidak licin</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li><li>4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</li><li>5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</li></ol>
--	--	---

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa medis Hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023. Anamnesa diperoleh dari rekam medis pasien dan wawancara dengan pasien sebagai berikut.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Nama Ny. S lahir di Kediri namun bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin perempuan, berusia 69 tahun dan beragama Kristen. Ny. S menikah namun suaminya sudah meninggal. Ny. S pernah bersekolah SD namun tidak lulus. Ny. S sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama 1 tahun 7 bulan. Ny. S mengatakan sebelumnya pernah bekerja menjadi pembantu rumah tangga dan memiliki pendapatan sendiri. Tidak ada keluarga yang dapat dihubungi.

##### **3.1.2 Riwayat Kesehatan**

1. Keluhan Utama : Nyeri kepala skala 3.
2. Keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir : Ny. S mengatakan akhir- akhir ini sakit kepala hilang timbul. Penglihatan sedikit kabur dan gatal gatal.
3. Penyakit Saat ini : Hipertensi dengan terapi amlodipine 1x10 mg

##### **3.1.3 Status Fisiologis**

Postur tulang belakang Ny. S yaitu membungkuk. Nafsu makan baik. Terkadang Ny. S susah tidur karena sakit kepalanya. Ny. S mampu makan dan mandi sendiri.

Pemeriksaan tanda-tanda vital :

1. Suhu : 36,5 °c
2. Tekanan Darah : 158/90 mmHg
3. Nadi : 70 x/menit
4. Respirasi : 20 x/menit
5. Berat Badan : 45 kg
6. Tinggi badan : 150 cm

#### **3.1.4 Pemeriksaan fisik**

1. Integumen

Terdapat pruritis di badan Ny. S.

2. Hematopetic

Ny. S tidak mengalami perdarahan di area tubuh. Tidak terdapat pembengkakan kelenjar limfe dan tidak mengalami anemia.

3. Kepala

Kepala Ny. S bentuk simetris, bersih tidak, terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan sebagian besar berwarna putih, rambut pendek dan rontok sedikit. Ny. S mengeluh nyeri kepala.

Pengkajian nyeri :

P : Nyeri kepala

Q : Nyeri seperti di remas remas

R : Nyeri terasa di kepala

S : Nyeri Skala 3 (0-10)

T : Nyeri hilang timbul

## 4. Mata

Pada Ny.S konjungtiva tidak anemis. Sklera tidak ikterik, penglihatan sedikit kabur. Tidak ada peradangan di kedua mata, mata tidak strabismus. Tidak ada riwayat infeksi dan katarak.

## 5. Hidung

Pada Ny. S bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat sinus. Peradangan dan penciuman tidak terganggu.

## 6. Mulut dan Tenggorokan

Pada Ny. S kebersihan mulut baik. Tidak terdapat perdarahan gusi namun banyak gigi yang sudah caries. Tidak menggunakan gigi palsu dan tidak terdapat infeksi.

## 7. Telinga

Pada Ny. S kebersihan telinga baik. Tidak ada serumen berlebih dan pendengaran masih bagus

## 8. Leher

Pada Ny. S tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat luka,tidak ada pembesaran vena jugularis.

## 9. Dada

Pada Ny. S bentuk dada normal chest, tidak ada retraksi dada, tidak terdengar ronchi dan wheezing. Ictus cordis 4-5 mid clavicula

## 10. Abdomen

Pada Ny. S bentuk perut normal, tidak terdapat nyeri tekan, bising usus 15 x/menit, tidak ada massa, abdomen tidak distended.

### 11. Genetalia

Pada Ny. S kebersihan area genetalia terjaga bersih, terdapat rambut pubis, tidak ada hemoroid, tidak ada hernia.

### 12. Musculoskeletal

Kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555. Tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, Reflek Bisep +/+, refleks trisep +/+.

### 13. Sistem Neurologis

GCS : E4 V5 M6, Pemeriksaan pulsasi ditemukan CRT < 2 detik, jari-jari dapat digerakkan, pasien bisa merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah.

NI : Ny. S dapat mencium bau minyak kayu putih.

NII : Lapang pandang +/+

NIII, NIV, NVI : Pupil mengecil saat terkena cahaya, lapang pandang luas

NV : Reflek kornea langsung

NVII : Pasien dapat mendengarkan suara gesekan jari pada kedua telinga.

NIX, NX : Gerakan ovula simetris, refleks menelan +

NXI : Sternokleidomastoid terlihat

NXII : Lidah simetris.

#### **3.1.5 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia**

Ny. S menggunakan alat bantu berjalan treefod dengan resiko jatuh tinggi.

#### **3.1.6 Pengkajian Psikososial**

Ny. S lebih suka menyendiri karena apabila berkumpul dengan teman takut ada perselisihan. Hubungan dengan Ny. S orang lain di panti hanya Sebatas kenal

karena Ny. S jarang pergi jauh dari kamarnya. Stabilitas emosi Ny. S Stabil . Motivasi anggota keluarga Kemampuan sendiri.

### **3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

Ny. S makan 3x sehari dengan porsi habis. Ny. S minum  $\pm$  1700 cc sehari. Ny. S mengatakan sering sulit tidur karena nyeri kepala. Ny. S selalu terbangun pada pukul 05.00 WIB dan mandi pukul 07.00 WIB dan selalu tidur siang. Hasil dari pemeriksaan TTV ke Ny. S menunjukkan tensi tinggi akan tetapi tidak mengetahui apa itu penyakit hipertensi. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur atau didepan kamar. Frekuensi BAB Ny. S yaitu 1x sehari dengan konsistensi lembek. Frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari, Ny. S mandi 2x sehari. Memakai lotion, minyak kayu putih, bedak setelah mandi dan Ganti baju 1x sehari.

### **3.1.8 Pengkajian Lingkungan**

#### **1. Pemukiman**

Ny. S tinggal di asrama panti wreda dengan luas bangunan sekitar 2.800 m<sup>2</sup> dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genting, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik. 15 % di bangunan terdapat ventilasi. Pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di panti menggunakan air PDAM dan membeli air minum kemasan galon. Pengelolaan limbah toilet dilakukan bersama dengan jenis toilet leher angsa yang berjarak berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dari dinas. Tidak ditemukan hewan pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga.

## 2. Fasilitas

Di UPTD Griya Wreda kolam yang berisi ikan nila. Terdapat lapangan untuk berolahraga, taman dengan luas sekitar 20 m<sup>2</sup>, ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah (mushola).

## 3. Keamanan dan Transportasi

Perawat stanby 24 jam di ners station. Terdapat sistem penanggulangan bencana dan kebakaran. Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan rata.

## 4. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung.

### **3.1.9 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan**

#### 1. Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (*Indeks Barthel*)

Pemeriksaan kemampuan ADL, pasien memperoleh skor 100 dengan in terpretasi hasil mandiri (100).

#### 2. MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

Pemeriksaan aspek kognitif, pasien mendapatkan total skor 16 dengan interpretasi hasil terdapat gangguan kognitif berat (0-17)

#### 3. SPMSQ (*short portable mental status questioner*)

Pemeriksaan tes tingkat kerusakan intelektual, pasien memperoleh skor 6 dengan interpretasi hasil fungsi intelektual kerusakan sedang (salah 6 -8).

#### 4. *Time Up Go Test*

Pemeriksaan tes keseimbangan pada tanggal 23 Januari 2022 sampai dengan 25 Januari 2023 diperoleh hasil TUG 23,1 detik dengan interpretasi hasil risiko tinggi jatuh.

### 5. GDS

Hasil pengkajian kecemasan dan depresi pada pasien diperoleh total skor 4 dengan interpretasi tidak depresi, karena nilai skor tidak mendapatkan hasil skor 5 atau lebih.

### 6. Status Nutrisi

Hasil pengkajian determinan nutrisi pada lansia, memperoleh total skor 9 dengan kesimpulan *Hight Nutritional risk* ( $6 \geq$ ). Ny. S memiliki penyakit Hipertensi Ny. S berkewajiban menjalani terapi minum obat 1 kali setiap hari, yaitu obat oral amlodipine 10 mg.

### 7. Fungsi Sosial Lansia

Hasil pengkajian menggunakan apgar keluarga dengan lansia, pasien mendapatkan total skor 3 dengan interpretasi disfungsi berat ( $<3$ ).

## 3.1.10 Pemeriksaan penunjang

**Tabel 3.1 Pemeriksaan Diagnostik**

No	Jenis pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
1	GDA	23 januari 2023	135
2	Uric Acid	23 januari 2023	5,4
3	Cholesterol	23 januari 2023	189
4	Tekanan Darah	23 januari 2023	158/90 mmHg

### 3.1.10 Analisa Data

**Tabel 3.2 Analisa Data**

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	DS : Ny. S. mengatakan sakit kepala dan kadang kadang pusing P : Nyeri akibat tekanan darah tinggi ( 158/90 ) Q : Nyeri seperti di remas remas R : Nyeri terasa di kepala S : 3 T : Nyeri tiba tiba muncul dan hilang timbul DO : TTV = TD = 158/90 mmHg N = 80 x/menit RR = 18 x/menit S = 36,1 °C	Agen Pencedera Fisiologis (Iskemia)	Nyeri Akut (D.0077)
2.	DS : - DO : - Hasil data dari MMSE gangguan kognitif berat dan SPMSQ Intelektual Kerusakan Sedang	Proses Penuaan	Gangguan Memori (D.0062)
3.	Faktor Resiko : - Usia Ny. S. lebih dari 65 tahun - Ny. S. Menggunakan alat bantu treefod - Hasil dari pemeriksaan TUG menunjukan risiko tinggi jatuh	-	Risiko Jatuh (D.0143)

### 3.1.11 Diagnosa Keperawatan :

1. Nyeri Akut (D.0077)
2. Gangguan Memori (D.0062)
3. Risiko Jatuh (D.0143)

## 1 3.1.12 Rencana Keperawatan

## 2 Tabel 3.3 Rencana Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil ( <i>outcome</i> )	Intervensi
1.	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny. S. mengatakan sakit kepala dan kadang kadang pusing</li> </ul> <p>P : Nyeri akibat tekanan darah tinggi ( 158/90 )</p> <p>Q : Nyeri seperti di remas remas</p> <p>R : Nyeri terasa di kepala</p> <p>S : 3</p> <p>T : Nyeri tiba tiba muncul dan hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV :</li> </ul> <p>TD : 158/90 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>RR : 18 x/menit</p> <p>S : 36,1 °C</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun dengan skala 3 - 2</li> <li>2. Tekanan Darah Membaik 130 – 150 mmHg</li> </ol>	<p><b>(I.08238) Manajemen Nyeri</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>5. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Jus Seledri 1 x 1 pagi) dan teknik relaksasi napas dalam</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>10. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>

2.	<p>Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan ditandai dengan DS : - DO : - Hasil data dari MMSE gangguan kognitif berat dan SPMSQ Intelektual Kerusakan Sedang</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka memori meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil dari data MMSE Menunjukkan tidak ada gangguan kognitif</li> <li>2. Hasil dtari SPMSQ menunjukkan fungsi intelektual utuh</li> <li>3. Klien dapat mengingat nama saya</li> </ol>	<p><b>Latihan Memori (I.06188)</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah memori yang dialami</li> <li>2. Monitor perilaku dan perubahan memori selama terapi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien</li> <li>4. Fasilitasi tugas pembelajaran (mis: mengingat informasi verbal dan gambar)</li> <li>5. Fasilitasi kemampuan konsentrasi (mis: bermain kartu pasangan), jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan tujuan dan prosedur Latihan</li> <li>7. Ajarkan Teknik memori yang tepat (mis: imajinasi visual, perangkat mnemonic, permainan memori, isyarat memori, Teknik asosiasi, membuat daftar, computer, papan nama)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Rujuk pada terapi okupasi, jika perlu</li> </ol>
3.	<p>Risiko jatuh ditandai dengan Faktor rsiko: - Usia Ny. S. lebih dari 65 tahun - Ny. S. Menggunakan alat bantu treefod - Riwayat Jatuh: Hasil dari pemeriksaan TUG menunjukkan risiko tinggi jatuh</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berdiri menurun</li> <li>2. Jatuh saat duduk menurun</li> <li>3. Jatuh saat berjalan menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</li> <li>2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</li> <li>3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall</li> </ol>

			<p>morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>7. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>8. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p>
--	--	--	--

### 3.1.13 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

**Table 3.4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan**

No	Tgl & Jam	Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	23.01.2023 08.00	1	1. Melakukan pemeriksaan fisik terhadap Ny.S, Ny.S mengatakan sakit kepala dan kadang kadang pusing . Nyeri Ny.S P : Nyeri kepala Q : Nyeri seperti di remas remas R : Nyeri terasa di kepala S : Nyeri Skala 3 (0-10) T : Nyeri hilang timbul	AE	23.01.2023 14.00	Diagnosa 1 S :	AE
	08.15	3	2. Melakukan pemeriksaan TUG 3. Melakukan observasi pada Ny. S.	AE AE		P : Nyeri kepala Q : Nyeri seperti di remas remas R : Nyeri terasa di kepala S : 3 T : Nyeri hilang timbul	
	08.20	1	TTV. TD : 158/90 mmHg N : 80 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,1 °C	AE AE AE		O :	
	09.00	1	4. Memberikan obat oral amlodipine 10 mg	AE		TD : 130/80 mmHg N : 70 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,7 °C	
	09.10	1	5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri teknik napas dalam	AE		A :	
	10.00	2	6. Menjelaskan tujuan dan prosedur latihan memori	AE		Masalah belum teratasi	AE
	10.30	3	7. Mengajukan menggunakan alat bantu berjalan	AE		P :	
	10.35	3	8. Mengajukan menggunakan alas kaki yang tidak licin	AE		Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11	
	13.00	1,2,3	9. Melakukan observasi pada Ny. S. TTV.				

			<p>TD : 130/80 mmHg</p> <p>N : 70 x/menit</p> <p>RR : 18 x/menit</p> <p>S : 36,7 °C</p>		<p>Diagnosa 2</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <p>Tampak Ny. S. tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya. Hasil data MMSE gangguan kognitif berat</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5,6,7,8</p> <p>Diagnosa 3</p> <p>Faktor Resiko :</p> <p>Usia Ny. S. lebih dari 65 tahun</p> <p>Ny. S. Menggunakan alat bantu treefod</p> <p>Riwayat Jatuh: Hasil dari pemeriksaan TUG menunjukan risiko tinggi jatuh</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan no.</p>	AE
--	--	--	---	--	---	----

						1,2,3,4,5,6,7,8	
2.	24.01. 2023 07.00	1	1. Melakukan observasi pada Ny. S. TTV. TD : 150/85 mmHg N : 78 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,4 °C	AE	24.01. 2023 14.00	Diagnosa 1 S : Ny. S. mengatakan sakit kepala dan kadang kadang pusing P : Nyeri kepala Q : Nyeri masih seperti di remas remas R : Nyeri terasa di kepala sampai tengkuk S : 2 T : Nyeri hilang timbul	AE
	08.00	1	2. Mengajarkan senam hipertensi kepada Ny. S	AE		O :	
	09.00	1	3. Memberikan obat oral amlodipine 10 mg	AE		TTV.	
	10.00	1	4. Mamantau Ny. S menggunakan teknik nonfarmakologis napas dalam serta memberikan jus seledri	AE		TD : 130/80 mmHg	
	10.20	2	5. Menanyakan kepada Ny. S apakah masih ingat dengan saya, Ny. S mengatakan tidak ingat dengan saya	AE		N : 75 x/menit	
	10.30	2	6. Memfasilitasi kemampuan konsentrasi dengan menggunakan kartu bermain pasangan, dari hasil observasi Ny. S mampu mengingat dan membuka 3 dari 8 kartu	AE		RR : 19 x/menit	
	11.00	3	7. Memantau Ny. S menggunakan alat bantu berjalan (treefod)	AE		S : 36,5 °C	
	11.05	3	8. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin			A :	
	13.00	1	9. Melakukan observasi nyeri kepada Ny. S P : Nyeri kepala Q : Nyeri masih seperti di remas remas R : Nyeri terasa di kepala sampai tengkuk S : 2 T : Nyeri hilang timbul	AE		Masalah teratasi sebagian	AE
	13.15	1,2,3	10. Melakukan observasi pada Ny. S. TTV. TD : 130/80 mmHg N : 75 x/menit RR : 19 x/menit			P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,6,9	
						Diagnosa 2 S : Ny. S mengatakan tidak ingat dengan saya	

			S : 36,5 °C		<p>O : Tampak Ny. S. tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari, hasil dari observasi Ny. S hanya mampu mengingat dan membuka 3 dari 8 kartu</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,4,5</p> <p>Diagnosa 3 Faktor Resiko :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usia Ny. S. lebih dari 65 tahun</li> <li>- Ny. S. mampu menggunakan alat bantu treefod serta menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ul> </p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no.1,2,3,4,5,6,7,8</p>	AE
--	--	--	-------------	--	---	----

3.	25.01.2023 07.00	1	1. Melakukan observasi pada Ny. S. TTV. TD : 140/87 mmHg N : 80 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,8 °C	AE	25.01.2023 14.00	Diagnosa 1 S : Ny. S. mengatakan nyeri kepala sampai tengkuk sudah menurun P : Nyeri kepala Q : Nyeri masih seperti di remas remas R : Nyeri terasa di kepala sampai tengkuk S : 1 T : Nyeri hilang timbul O : TTV. TD : 125/79 mmHg N : 76 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,7 °C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,6,9	AE
	08.00	1	2. Mengajarkan senam hipertensi kepada Ny. S	AE			
	09.00	1	3. Memberikan obat oral amlodipine 10 mg	AE			
	10.00	1	4. Mamantau Ny. S menggunakan teknik nonfarmakologis napas dalam serta memberikan jus seledri	AE			
	10.30	2	5. Memfasilitasi kemampuan konsentrasi dengan menggunakan kartu bermain pasangan, dari hasil observasi Ny. S mampu mengingat dan membuka 5 dari 8 kartu	AE			
	13.00	1	6. Melakukan observasi nyeri kepada Ny. S P : Nyeri kepala Q : Nyeri masih seperti di remas remas R : Nyeri terasa di kepala sampai tengkuk S : 1 T : Nyeri hilang timbul	AE			
	13.20	1,2,3	7. Melakukan observasi pada Ny. S. TTV. TD : 125/79 mmHg N : 76 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,7 °C				AE
						Diagnosa 2 S : O : - Tampak Ny. S. mampu melakukan kemampuan yang dipelajari, hasil	

					<p>dari observasi Ny. S hanya mampu mengingat dan membuka 5 dari 8 kartu</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,4,5</p> <p>Diagnosa 3 Faktor Resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usia Ny. S. lebih dari 65 tahun</li> <li>- Ny. S. mampu menggunakan alat bantu treefod serta menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5,6,7,8</p>	AE
--	--	--	--	--	--	----

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi di ruang Teratai UPTD Griya Wreda Surabaya adalah sebagai berikut:

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, melakukan pemeriksaan dengan latihan fisik dan mendapatkan data dari data observasi pasien. Pada dasarnya pengkajian dengan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan, namun gambaran klinis yang ada pada tinjauan pustaka tidak semua dialami oleh pasien.

##### **4.1.1 Identitas**

Data yang didapatkan, Nama Ny. S bertempat tinggal di Surabaya dari suku jawa berjenis kelamin perempuan, berusia 69 tahun dan beragama kristen. Status pernikahan cerai hidup. Pendidikan terakhir Pasien pernah sekolah SD namun tidak lulus. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wredaselama  $\pm$  1,7 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga Pasien dahulu pernah bekerja sebagai pembantu rumah tangga. Faktor resiko hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu hipertensi yang tidak bisa diubah dan hipertensi yang dapat

diubah. Hipertensi yang dapat diubah meliputi stress, berat badan, penggunaan kontrasepsioral pada wanita, konsumsi garam berlebihan, merokok pendidikan. Hipertensi yang tidak dapat dirubah meliputi usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, keturunan. Hal ini menunjukkan bahwa faktor usia, sangat mempengaruhi tingkat metabolisme semakin menurun hal ini dikarenakan hilangnya sebagian jaringan otot serta perubahan hormonal dan neurologis, akibatnya kecepatan tubuh dalam membakar kalori pun berkurang. Bertambahnya umur seseorang maka terjadi penurunan fungsi fisiologis dan daya tahan tubuh yang terjadi karena proses penuaan yang dapat menyebabkan seseorang rentan terhadap penyakit salah satunya yaitu hipertensi.

#### **4.1.2 Riwayat Kesehatan**

##### **1. Status Kesehatan Sekarang**

Saat pengkajian didapatkan Ny.S mengatakan sakit kepala dan kadang kadang pusing.

P : Nyeri kepala

Q : Nyeri seperti di remas remas

R : Nyeri terasa di kepala

S : Nyeri Skala 3 (0-10)

T : Nyeri hilang timbul

Nyeri kepala pada hipertensi disebabkan karena adanya kerak pada pembuluh darah atau aterosklerosis sehingga elastisitas kelenturan pada pembuluh darah menurun. Aterosklerosis tersebut menyebabkan spasme pada pembuluh darah (arteri), sumbatan dan penurunan O<sub>2</sub> (oksigen) yang akan berujung pada nyeri kepala atau distensi dari struktur di kepala. Nyeri kepala pada pasien

hipertensi disebabkan oleh kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan arteri kecil dan arteola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan aliran darah akan terganggu. Sehingga suplai oksigen akan menurun dan peningkatan karbondioksida kemudian terjadi metabolisme anaerob didalam tubuh mengakibatkan peningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak (Ratna & Aswad, 2019).

## 2. Riwayat Penyakit

Ny. S memiliki riwayat hipertensi 158/90 mmHg. Hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan usia. Individu yang berumur diatas 60 tahun, 50-60% mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90mmHg. Hal ini pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usia. Organisasi kesehatan dunia menggolongkan lansia menjadi 4 yaitu usia pertengahan 45-59 tahun, lanjut usia 60-70 tahun, lanjut usia tua 75-90 tahun, usiasangat tua di atas 90 tahun. Selain itu pada usia lanjut sensitivitas pengatur tekanan darah yaitu refleks baroreseptor mulai berkurang, demikian juga halnya dengan peran ginjal dimana aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus menurun, hal ini memicu terjadinya hipertensi. Berdasarkan usia terbanyak untuk kelompok hipertensi adalah usia  $\geq 55$  tahun (53,3%) (Riamah, 2019).

### 4.1.3 Pengkajian

Pengkajian didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko, dalam pemeriksaan fisik dan perilaku terhadap kesehatan yang ditampilkan hanya data fokus dari Ny. S. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan pengkajian pada Ny. S seperti tersebut dibawah ini :

## 1. Kepala

Ny.S mengatakan sakit kepala dan kadang – kadang pusing. Pengkajian nyeri:

P : Nyeri kepala

Q : Nyeri seperti di remas remas

R : Nyeri terasa di kepala

S : Nyeri Skala 3 (0-10)

T : Nyeri hilang timbul

Nyeri kepala pada hipertensi disebabkan karena adanya kerak pada pembuluh darah atau aterosklerosis sehingga elastisitas kelenturan pada pembuluh darah menurun. Aterosklerosis tersebut menyebabkan spasme pada pembuluh darah (arteri), sumbatan dan penurunan O<sub>2</sub> (oksigen) yang akan berujung pada nyeri kepala atau distensi dari struktur di kepala. Nyeri kepala pada pasien hipertensi disebabkan oleh kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer (Riamah, 2019).

### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. S, didapatkan data objektif dan data subjektif yang sesuai dengan 3 diagnosa berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Ppni, 2017), sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)
2. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan.
3. Resiko jatuh

Berikut pembahasan diagnosa keperawatan berdasarkan data subjektif dan data objektif pada buku SDKI dan pasien :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologi, menurut SDKI (Ppni, 2017) adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat, yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersifat protektif, gelisah frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Disertai dengan tanda dan gejala minor meliputi : Tekanan Darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

Pada pengkajian Ny. S didapatkan data berupa Ny. S. mengatakan sakit kepala dan kadang kadang pusing P : Nyeri kepala, Q : Nyeri seperti di remas remas, R : Nyeri terasa di kepala, S : 3, T : Nyeri tiba tiba muncul dan hilang timbul, TTV : TD : 158/90 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 18 x/menit, S : 36,1 °C

2. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan, menurut SDKI (Ppni, 2017) didefinisikan sebagai ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi: Melaporkan pernah mengalami pengalaman lupa, Tidak mampu mempelajari keterampilan baru, Tidak mampu mengingat informasi factual, Tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan, Tidak mampu mengingat peristiwa, Tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya.

Pada pengkajian Ny. S didapatkan data berupa Ny. S. mengatakan tidak ingat kalau hari pertama pengkajian saya sudah pernah bertemu beliau,

Tampak Ny. S. tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya, Hasil data MMSE gangguan kognitif berat.

4. Resiko jatuh menurut SDKI (Ppni, 2017) didefinisikan sebagai berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh ditandai dengan factor resiko : Usia  $\geq$  65 tahun (pada dewasa) atau  $\leq$  2 tahun (pada anak), Riwayat jatuh, Anggota gerak bawah prosthesis (buatan), Penggunaan alat bantu berjalan, Penurunan tingkat kesadaran, Perubahan fungsi kognitif, Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing), Kondisi pasca operasi, Hipotensi ortostatik, Perubahan kadar glukosa darah, Anemia, Kekuatan otot menurun, Gangguan pendengaran, Gangguan keseimbangan, Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus), Neuropati, Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesiumum).

Pada pengkajian Ny. S didapatkan data berupa Usia Ny. S. lebih dari 65 tahun, Ny. S. Menggunakan alat bantu treefod, Riwayat Jatuh: Hasil dari pemeriksaan TUG menunjukkan risiko tinggi jatuh.

### **4.3 Tujuan dan Intervensi keperawatan**

Tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan berdasarkan pedoman SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan data yang dikeluhkan pasien sehingga masalah keperawatan dapat diselesaikan. Dalam tahap ini penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

Penyusunan perencanaan bertujuan agar Ny. S mampu melaporkan nyeri

menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam. Dengan kriteria hasil, keluhan nyeri menurun, tekanan darah membaik.

Rencana keperawatan pada Ny. S dengan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis diantaranya mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, memonitor efek samping penggunaan analgetik, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Jus Seledri 1 x 1 pagi) dan teknik relaksasi napas dalam menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri dan mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

2. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan.

Penyusunan perencanaan bertujuan agar Ny. S mampu melaporkan memori meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam. Dengan kriteria hasil, verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual meningkat, verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan meningkat, verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat.

Rencana keperawatan pada Ny. S dengan Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan. diantaranya mengidentifikasi masalah memori yang dialami, memonitor perilaku dan perubahan memori selama terapi, merencanakan metode mengajar sesuai kemampuan pasien, memfasilitasi tugas pembelajaran (mis: mengingat informasi verbal dan

gambar), memfasilitasi kemampuan konsentrasi (mis: bermain kartu pasangan), jika perlu, menjelaskan tujuan dan prosedur Latihan, mengajarkan Teknik memori yang tepat (mis: imajinasi visual, perangkat mnemonic, permainan memori, isyarat memori, Teknik asosiasi, membuat daftar, computer, papan nama), merujuk pada terapi okupasi, jika perlu.

### 3. Resiko jatuh

Penyusunan perencanaan bertujuan agar Ny. S mampu mencegah tingkat jatuh serta tingkat jatuh menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam. Dengan kriteria hasil, Jatuh saat berdiri menurun, Jatuh saat duduk menurun, Jatuh saat berjalan menurun.

Rencana keperawatan pada Ny. S dengan resiko jatuh diantaranya mengidentifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan), mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang), menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale) jika perlu, menggunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker), menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh (Ppni, 2016) (Ppni, 2017) (Ppni, 2016).

## 4.4 Implementasi

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan sertadalam melakukan tindakan

keperawatan perawat tidak melakukan sendiri namun juga dibantu oleh perawat panti Werda dan profesi lainnya.

### 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (iskemia)

Implementasi keperawatan pada Ny. S dengan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis diantaranya menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri.

Berdasarkan implementasi diatas, perawat lebih fokus pada edukasi karena nyeri kepala yang dirasakan oleh Ny. S timbul saat tensi tinggi. Selama pemberian implementasi Ny. S dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul, teknik non farmakologis jus seledri serta minum obat darah tinggi rutin.

### 2. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan.

Implementasi keperawatan pada Ny. S dengan gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan diantaranya menjelaskan tujuan dan prosedur latihan dan mengajarkan teknik memori yang tepat (permainan kartu memori).

Berdasarkan implementasi diatas, perawat lebih fokus pada edukasi permainan kartu memori untuk memberikan penguatan atau implus. pertahankan daya ingat lansia dengan cara Ny S mampu mengingat dan membuka 5 dari 8 kartu.

### 3. Resiko jatuh

Implementasi keperawatan pada Ny. S dengan resiko jatuh diantaranya menggunakan alat bantu berjalan (treefod), menganjurkan memanggil perawat

jika membutuhkan bantuan untuk berpindah dan menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.

Berdasarkan implementasi diatas, perawat lebih fokus pada kemampuan pasien dalam menggunakan alat bantu jalan dan alas kaki yang tidak Ny.S mampu beradaptasi mobilisasi menggunakan alat bantu.

#### **4.5 Evaluasi**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

Evaluasi pada pemberian intervensi manajemen nyeri teratasi sebagian pada hari ke -3 karena pada tujuan dan kriteria hasil pada Ny. S mampu beradaptasi dengan nyeri yang dirasa, dengan hasil Ny. S mampu melakukan teknik non farmakologis minum jus seledri beserta teknik relaksasi napas dalam dan minum obat darah tinggi secara teratur.

2. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan.

Evaluasi pada pemberian intervensi Latihan memori teratasi sebagian pada hari ke -3 karena pada tujuan dan kriteria hasil pada Ny.S mampu meningkatkan memori, dengan hasil Ny. S mampu mengingat dan membuka 5 dari 8 kartu.

3. Resiko jatuh

Evaluasi pada pemberian intervensi pencegahan jatuh teratasi sebagian pada hari ke -3 karena pada tujuan dan kriteria hasil pada Ny.S mampu menurunkan resiko jatuh, dengan hasil Ny. S. mampu menggunakan alat bantu treefod serta menggunakan alas kaki yang tidak licin.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi di UPTD Griya Werdha Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik.

#### **5.1 Simpulan**

1. Pada pengkajian lansiadidapatkan data fokus kondisi pasien mengeluh nyeri kepala
2. Diagnosa keperawatan utama pada Ny. S adalah Nyeri Akut, hal ini dikarenakan pasien mengeluh nyeri kepala P: Nyeri kepala, Q: Diremas-remas, R: Kepala, S: 3, T: Hilang timbul.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan utama dengan tujuan utama yaitu mengidentifikasi adanya nyeri, terapi non farmakologi yaitu Tarik napas dalam dan Pemberian jus seledri.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah identifikasi nyeri saat tensi tinggi, serta melakukan terapi nonfarmakologi Tari knapas dalam dan Pemberian jus seledri. Hasil evaluasi pada tanggal 25 Januari 2023 Ny. S. Mampu mengontrol nyeri dengan caraTarik napas dalam dan meminum jus seledri.

## 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Diharapkan lansia dapat mencari jalan keluar dari permasalahan yang dihadapinya dan meminta bantuan perawat bila tidak dapat menahan nyeri, sehingga kualitas tidur menjadi lebih baik.
2. Perawat yang bekerja dibidang kesehatan diharapkan dapat memeriksa lansia dengan nyeri akut atau gangguan tidur secara lebih teliti dan lebih sering. Perawat selalu mengharapkan untuk memperhatikan kondisi lansia agar lansia dapat hidup nyaman.
3. Untuk meningkatkan kualitas perawatan medis profesional, ada baiknya mengorganisir seorang perawat untuk membahas masalah dan solusi untuk pasien yang kondisinya tidak membaik meskipun telah dilakukan berbagai perawatan dan solusi lainnya.
4. Pelatihan dan pengetahuan perawat harus terusditingkatkan baik formal maupun informal terutama dibidang informasi.
5. Tenaga keperawatan diharapkan dapat meningkatkan sikap keperawatan dan profesional dalam keseluruhan produksi kerja keperawatan, serta memperluas pemahamannya tentang persepsi manusia sehingga mengetahui bagaimana penerapan kerja keperawatan secara baik dan professional.



## Motto dan Persembahan

### Motto

*“Jangan menunggu nasib baik tapi kejarlah kebaikan” –El*

### Persembahan

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada :

1. Alhamdulillah segala puji syukur yang tidak henti-hentinya saya panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Ayah dan Ibu selaku orang tua yang telah memberikan motivasi dukungan moril dan materil, semangat dan doa yang tidak pernah berhenti untuk saya.
3. Istri saya tercinta Sinta Kencanawatika, S.E. dan Anak saya Shakeil Elrafif Emilio Prayogi yang telah memberikan dukungan dan semangat bagi saya.
4. Teman – teman seperjuangan prodi D3 Keperawatan angkatan 2020, yang sudah mampu bekerja sama dengan baik dan memberikan kesan bermakna. Semoga tetap solid, kompak dan bisa meraih keberhasilan sampai ke jenjang yang lebih tinggi.

**Lampiran 1**

## Negative Functional Consequences kemampuan ADL Indeks Barthel

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor yang didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	5
2	Mandi	0	5	5
3	Makan	0	10	10
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	0	10	10
5	Naik/Turun Tangga	0	10	10
6	Berpakaian	0	10	10
7	Kontrol BAB	0	10	10
8	Kontrol BAK	0	10	10
9	Ambulasi	0	15	15
10	Transfer Kursi/Bed	0	15	15

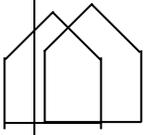
**Interpretasi:**

- 0-20 : Ketergantungan Penuh  
 21-61 : Ketergantungan Berat  
 62-90 : Ketergantungan Sedang  
 91-99 : Ketergantungan Ringan  
**100 : Mandiri**

## Lampiran 2

## Aspek Kognitif MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	0	Menyebutkan dengan benar : Tahun : X Hari: X Musim : X Bulan: X Tanggal : X
2	Orientasi	5	2	Dimana sekarang kita berada ? Negara: Indonesia Panti : X Propinsi: X Wisma : X Kabupaten/kota : Surabaya
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi√ 2). Meja √ 3). Kertas √
4	Perhatian dan kalkulasi	5	1	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudiankurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93√ 2). 86 X 3). 79 X 4). 72 X 5). 65 X
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1) √
6	Bahasa	9	7	Menanyakan pada klien tentang benda (sambilmenunjukkan benda tersebut). 1). Bantal √ 2). Kasur √

				<p>3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi “  Klien menjawab : tidak ada, dan, jika, atau tetapi ✓</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <p>4). Ambil kertas ditangan anda ✓  5). Lipat dua ✓  6). Taruh dilantai ✓  Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin.</p> <p>7). “Tutup mata anda” ✓ Ny. S. merespon dengan baik  8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan  9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p> 
Total nilai	30	16		

Interpretasi Hasil :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

**0 - 17 : gangguan kognitif berat**

Kesimpulan : Terdapat gangguan kognitif berat pada Ny. S.

### Lampiran 3

#### Tingkat Kerusakan Intelektual

Dengan menggunakan SPMSQ (short portable mental status questioner)

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini :

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
	√	1	Tanggal berapa hari ini ?
	√	2	Hari apa sekarang ?
	√	3	Apa nama tempat ini ?
√		4	Dimana alamat anda ?
√		5	Berapa umur anda ?
√		6	Kapan anda lahir ?
	√	7	Siapa presiden Indonesia ?
	√	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
√		9	Siapa nama ibu anda ?
	√	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
<b>JUMLAH</b>			<b>6</b>

Intrepretasi : Berdasarkan hasil pengkajian

didapatkan salah = 2, fungsi intelektual utuh Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual

kerusakan ringan

**Salah 6 – 8 : Fungsi**

**intelektual kerusakan sedang**

Salah 9 – 10 :

Fungsi intelektual

kerusakan berat

Ket :

- Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar
- Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas
- Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk subjek kulit hitam dengan menggunakan kriteria pendidikan yang sama

## Lampiran 4

### Tes Keseimbangan

#### *Time Up Go Test*

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1	23 Januari 2023	22.86 detik
2	24 Januari 2023	23.40 detik
3	25 Januari 2023	23.21 detik
<b>Rata-rata Waktu TUG</b>		23,1 detik

Interpretasi hasil: Risiko Jatuh Tinggi

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

>13,5 detik	Resiko tinggi jatuh
>24 detik	Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6bulan
>30 detik	Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

(Bohannon: 2006; Shumway-Cook, Brauer & Woolacott:

2000; Kristensen, Foss & Kehlet: 2007; Podsiadlo &

Richardson:1991)

## Lampiran 5

## Kecemasan GDS

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	0
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	0	1	0
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	0	1	0
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	1
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
6.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	0	1	0
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	0	1	0
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	1
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	0	1	0
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	0
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	0	1	0
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	0
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	1
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	1
<b>Jumlah</b>				4

*(Geriatric Depressioin Scale (Short Form) dari Yesafage (1983) dalam Gerontological Nursing, 2006)*

Interpretasi : Ny. S. merasa bosan di griya werdha dan cepat ingin pulang

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

## Lampiran 6

### Status Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia:

No	Indikator	score	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	0
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	0
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	2
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	0
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	2
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	4
7.	Lebih sering makan sendirian	1	1
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	0
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	0
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	0
	Total score		9

(American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam

*Introductory*

*Gerontological Nursing, 2001)*

Interpretasi :

0-2 : Good

3-5 : Moderate nutritional risk

**6 ≥ : High nutritional risk**

## Lampiran 7

### Fungsi sosial lansia

#### Apgar keluarga dengan lansia

Alat skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia

NO	URAIAN	FUNGSI	SKORE
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman)saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	2
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	0
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	1
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	0
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	0
Kategori Skor: Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skore 2 2). Kadang-kadang : skore 1 3). Hampir tidak pernah : skore 0 Intepretasi: < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik		TOTAL	3  Disfungsi berat

*Smilkstein, 1978 dalam Gerontologic Nursing and health aging 2005*

Lampiran 8

Leaflet Hipertensi

### Kendalikan Hipertensi dengan

**P**eriksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter

**A**taasi penyakit dengan pengobatan yang tepat

**T**etap diet dengan Gizi seimbang

**U**payakan aktifitas fisik dan olahraga teratur

**H**indari asap rokok, alcohol dan zat karsinogenik lainnya



### Diet penderita Hipertensi

1. Mengurangi garam
2. Perbanyak buah dan sayur.
3. Perbanyak konsumsi kalium: kol, brokoli, jagung, sari jeruk dan pisang
4. Perbanyak konsumsi magnesium: kacang tanah, bayam, kacang polong
5. Melengkapi kebutuhan kalsium: susu, keju dan salmon
6. Mengetahui bahan makanan yang dapat menurunkan tekanan darah : tomat, wortel, seledri, bawang putih, bawang merah, bawang Bombay
7. Kunyit, lada hitam, kemang





## HIPERTENSI PADA LANSIA



STRES HANG TUAH SURABAYA  
OLEH  
AROG ESTIPRAYOGI  
2021004

### Apa itu Hipertensi?

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah tekanan darah >140/90 mmHg



### Faktor Penyebab Hipertensi

1. Makanan
2. Berat badan berlebih (Obesitas)
3. Kurang aktivitas fisik
4. Rokok
5. Alkohol
6. Stress
7. Penyakit ginjal, DM



### Tanda dan gejala

1. Sakit kepala
2. Mata kabur
3. Jantung berdebar
4. Sesak napas
5. Mudah lelah
6. Mual, muntah
7. Keringat berlebih
8. Otot gemetar
9. Penyakit ginjal, DM



### Bagaimana jika Hipertensi tidak dipantau?

1. Penyakit Jantung
2. Stroke
3. Gagal ginjal

**ATASI MASALAH SEBELUM BERTAMBAH PARAH**

