

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Tn. J
DIAGNOSAMEDIS HIPERTENSI DI UPTD
GRIYAWERDHAJAMBANGAN
SURABAYA**



Oleh :

**FEBRI NAVY HARYONO
NIM. 2121031**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2024**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Tn. J
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI UPTD
GRIYA WERDHA JAMBANGAN
SURABAYA**

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



Oleh :

**FEBRI NAVY HARYONO
NIM. 2121031**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2024**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 17 Mei 2024



Febri Navy Haryono
2121031

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Febri Navy Haryono
NIM : 2121031
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. J Dengan
Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Melati UPTD
Griya Werdha Jambangan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, akan 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, 17 Mei 2024
Pembimbing



Dr. Hidayatus Sya'diyah, S. Kep., Ns., M. Kep.
NIP.03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 17 Mei 2024

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Febri Navy Haryono
NIM : 2121031
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. J Dengan
Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Melati UPTD
Griya Werdha Jambangan Surabaya.

Telah dipertahankan di hadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah STIKES
Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : 17 Mei 2024
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D3
Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji Ketua : Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes.

(.....)

Penguji I : Dr. Dhian Satya R.,S.Kep.,Ns.,M.Kep.

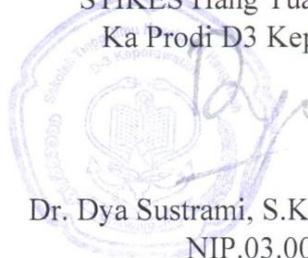
(.....)

Penguji II : Dr. Hidayatus Syadiyah,S.Kep., Ns.,M.Kep.

(.....)

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan



Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes.
NIP.03.0007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 17 Mei 2024

Puji syukur kehadiran Allah SWT 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 Studi D3 Keperawatan.

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

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk berkuliah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep., Ns., M.KKK selaku ketua di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
3. Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes. Puket 1 yang telah membagikan bekal bagi penulis melalui motivasi dan materi-materi yang diberikan sehingga menambah wawasan penulis selama melaksanakan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
4. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep. Puket 2 yang telah membagikan bekal bagi penulis melalui motivasi dan materi-materi yang diberikan sehingga

menambah wawasan penulis selama melaksanakan pendidikan di Stikes hangtuh surabaya.

5. Dr. Dhian Satya R., S.Kep., Ns.,M.Kep. Puket 3 dan Penguji yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala program Studi D3 Keperawatan sekaligus yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
7. Dr. Hidayatus Syadiyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan, saran, masukan dan dorongan moril dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Ibu Lela Nurlela, S. Kp., M. Kes. Selaku penguji ketua yang memberikan masukan pada penulis serta memberikan motivasi dan dukungan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
9. 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, serta kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
10. Sahabat-sahabat seperjuangan dibawah naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan dan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, semoga hubungan persahabatan ini tetap terjalin selamanya.

11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT 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, 17 Mei 2024

Penulis

Febri Navy Haryono

2121031

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	4
1.4.1 Secara Teoritis.....	5
1.4.2 Secara Praktis.....	5
1.5 Metode Penelitian.....	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 Sumber Data.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Lansia.....	8
2.1.1 Definisi Lansia.....	8
2.1.2 Batasan Usia Lansia.....	9
2.1.3 Karakteristik Lansia.....	9
2.1.4 Tipe Lansia.....	10
2.1.5 Proses Penuaan.....	10
2.1.6 Tugas Perkembangan Lansia.....	11
2.1.7 Sindrom Geriatri.....	12
2.2 Konsep Penyakit Hipertensi.....	19
2.2.1 Anatomi dan Fisiologi Jantung.....	19
2.2.2 Devinisi.....	23
2.2.3 Etiologi.....	23
2.2.4 Klasifikasi.....	25
2.2.5 Manifestasi Klinis.....	25

2.2.6 Patofisiologi.....	26
2.2.7 Komplikasi.....	27
2.2.8 Pemeriksaan Penunjang.....	29
2.2.9 Penatalaksanaan.....	29
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Hipertensi.....	31
2.3.1 Pengkajian.....	32
2.3.2 Tes Kemampuan Lansia.....	36
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	41
2.3.4 Intervensi Keperawatan.....	41
2.3.5 Implementasi Keperawatan.....	47
2.3.6 Evaluasi Keperawatan.....	47
2.4 WOC.....	48
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	49
3.1 Pengkajian Keperawatan.....	49
3.1.1 Identitas Pasien.....	49
3.1.2 Riwayat Kesehatan.....	49
3.1.3 Status Fisiologis.....	50
3.1.4 Pemeriksaan Fisik (<i>Head To Toe</i>).....	50
3.1.5 Pengkajian keseimbangan Untuk Lansia.....	52
3.1.6 Pengkajian Psikososial.....	53
3.1.7 Pengkajian Terhadap Perilaku Kesehatan.....	53
3.1.8 Pengkajian Lingkungan.....	54
3.1.9 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck.....	54
3.1.10 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga.....	55
3.1.11 Masalah Emosional.....	55
3.1.12 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ.....	55
3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE.....	55
3.1.14 Indeks Barthel.....	55
3.2 Pemeriksaan Penunjang.....	55
3.3 Analisis Data.....	56
3.4 Prioritas Masalah.....	57
3.5 Intervensi Keperawatan.....	58
3.6 Implementasi dan Evaluasi keperawatan.....	61

BAB 4 PEMBAHASAN.....	65
4.1 Pengkajian.....	65
4.2 Pengkajian Konsep Lansia.....	68
4.3 Diagnosa Keperawatan.....	69
4.4 Tujuan dan Intervensi Keperawatan.....	71
4.5 Implementasi.....	74
4.6 Evaluasi.....	76
BAB 5 PENUTUP.....	77
5.1 Simpulan.....	77
5.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA.....	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi jantung.....	21
Gambar 2.2 WOC Hipertensi.....	48

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Tekanan Darah.....	25
Tabel 2.2	Tes Kemampuan Adl.....	35
Tabel 2.3	MMSE.....	35
Tabel 2.4	Tingkat Kerusakan Intelektual.....	36
Tabel 2.5	Tes Keseimbangan Tug (<i>Tun Up Go Test</i>).....	37
Tabel 2.6	Kecemasan GDS Pengkajian Depresi.....	38
Tabel 2.7	Status Nutrisi.....	39
Tabel 2.8	Tes Fungsi Skrining Lansia.....	40
Tabel 2.9	Intervensi Keperawatan.....	41
Tabel 3.1	Analisa Data.....	52
Tabel 3.2	Proritas Masalah Keperawatan Tn. J.....	53
Tabel 3.3	Intervensi Keperawatan Tn. J.....	54
Tabel 3.4	Implementasi dan Evaluasi Tn. J.....	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Daftar Riwayat Hidup.....	81
Lampiran 2	Motto Dan Persembahan.....	82
Lampiran 3	SOP Pengukuran Tekanan Darah.....	84
Lampiran 4	SOP Manajemen Nyeri.....	85

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lanjut usia adalah dimana seseorang mengalami pertambahan umur dengan disertai dengan penurunan fungsi fisik yang ditandai dengan penurunan massa otot serta kekuatannya, laju denyut jantung maksimal, peningkatan lemak tubuh, dan penurunan fungsi otak (Kikawada & Tsuyusaki, 2020). Kelompok lanjut usia merupakan kelompok penduduk yang berusia 60 tahun keatas. Pada lanjut usia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi (Kikawada & Tsuyusaki, 2020). Salah satu perubahan yang dialami lansia di negara negara maju yaitu perubahan pada sistem kardiovaskuler yang merupakan penyakit utama yang memakan korban karena akan berdampak pada penyakit lain seperti hipertensi, penyakit jantung koroner, jantung pulmonik, kardiomiopati, stroke, gagal ginjal (Agustina et al., 2014). Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien hipertensi adalah penurunan curah jantung, resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, gangguan rasa nyaman, intoleransi aktivitas, resiko jatuh, resiko jatuh, hypervolemia, perfusi perifer tidak efektif, devisit nutrisi, ansietas.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), lansia (lanjut usia) adalah usia yang meliputi usia pertengahan (45- 59 tahun), usia lanjut (60-74 tahun), usia lanjut tua (75-90 tahun) dan usia sangat tua (diatas 90 tahun). Salah satu penyakit yang banyak di derita oleh lansia yaitu hipertensi. Berdasarkan Riskesdas tahun 2018

prevalensi hipertensi menurut hasil pengukuran pada penduduk usia ≥ 18 tahun di Indonesia adalah sebesar 34,1%. Dinas Kesehatan Kota Surabaya tahun 2020 melaporkan sebanyak 399.435 jiwa (31,13%) yang menderita hipertensi dari total penduduk 2.266.847 jiwa yang berumur ≥ 18 (Herdiani et al., 2021). Berdasarkan data di UPTD Griya Werdha Surabaya selama 3 bulan terakhir mulai bulan Agustus sampai dengan November 2023, dari total 184 lansia terdapat 66 lansia yang mengalami masalah kesehatan hipertensi.

Penyakit hipertensi diakibatkan kondisi dimana cairan darah dalam tubuh menekan dinding arteri dengan cukup kuat sehingga menyebabkan penyakit hipertensi (Sya'diyah, 2018). Penyebab hipertensi yang utama adalah kebiasaan dan gaya hidup yang tidak sehat, misalnya suka minum alkohol, suka merokok, kurang berolahraga atau beraktivitas, stress, suka makanan dengan kadar gula berlebih, suka minum berkafein, dan sering mengkonsumsi makanan berkolesterol tinggi (Safitri, 2023). Pada lanjut usia didapatkan beberapa faktor-faktor yang dapat menyebabkan hipertensi diantaranya faktor genetik (keturunan), umur, zat toksin, jenis kelamin, etnis, stres, obesitas, nutrisi, merokok, narkoba, alkohol, kafein, kurangnya olahraga kolesterol tinggi, kelainan ginjal, konsumsi natrium yang tinggi yang masuk kedalam tubuh (Anshari, 2020). Tingginya risiko terkena hipertensi pada lansia dikarenakan rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan tekanan darah sejak dini tanpa harus menunggu adanya gejala yang muncul, kurang aktif mengikuti kegiatan penyuluhan yang diberikan oleh petugas, pola makan yang tidak sehat dan kurangnya olahraga yang dapat memicu peningkatan tekanan darah (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur). Oleh karena itu, Negara Indonesia yang sedang membangun disegala bidang perlu memerhatikan pendidikan kesehatan masyarakat untuk mencegah timbulnya

penyakit seperti hipertensi. Komplikasi yang akan ditimbulkan jika tidak segera ditangani yaitu stroke, infark miokard, gagal ginjal, ensefalopati (kerusakan otak), dan kejang (Susanto, 2021)

Penatalaksanaan penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara minum obat secara teratur dan benar sesuai dengan anjuran dokter dengan sekali dalam sehari (Farrar & Zhang, 2023). Ada beberapa solusi yang dapat diterapkan untuk mengelola hipertensi pada lansia yang tinggal di panti wreda: 1) Hidroterapi: Aktivitas ini melibatkan penggunaan air untuk membantu mengurangi tekanan darah, Misalnya, mandi air hangat atau air dingin dapat membantu menurunkan tekanan darah. 2) Senam Lansia: Latihan fisik ringan seperti yoga atau pilates dapat membantu mengontrol tekanan darah. Senam lansia yang terstruktur dapat membantu meningkatkan kesehatan jantung dan darah. 3) Diet Sehat: Menyediakan makanan yang rendah lemak dan tinggi serat dapat membantu mengurangi tekanan darah. Penting untuk menghindari makanan tinggi garam dan lemak. 4) Pemeriksaan Kesehatan Rutin: Memastikan lansia mendapatkan pemeriksaan kesehatan secara rutin untuk memantau tekanan darah dan mencegah komplikasi. 5) Penggunaan Obat: Jika diperlukan, penggunaan obat antihypertensi sesuai dengan resep dokter juga penting untuk mengontrol tekanan darah.

1.2 Rumusan Masalah

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

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada Tn. J dengan Hipertensi di Ruang Melati UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien pada Tn. J dengan Hipertensi di Ruang Melati UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. J dengan Hipertensi di Ruang Melati UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
3. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan gerontik pada Tn. J dengan Hipertensi di Ruang Melati UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. J dengan Hipertensi di Ruang Melati UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Tn. J dengan Hipertensi di Ruang Melati UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keparawatan Tn. J dengan Hipertensi di Ruang Melati UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut di bawah ini:

1.4.1 Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan hasil luaran klinis yang baik, menurunnya angka komplikasi kejadian kasus Hipertensi dan mortalitas pada lansia dengan Hipertensi di Ruang Melati UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi institusi UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada lansia dengan Hipertensi sehingga penatalaksanaan dan pencegahan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi lansia yang tinggal di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi serta meningkatkan pengembangan keterampilan dan pengetahuan profesi keperawatan.

3. Bagi Lansia

Sebagai topik penyuluhan kepada komunitas dan keluarga saat berkunjung tentang mencegah dan merawat lansia dengan Hipertensi sehingga keluarga mampu merawat dan melakukan pencegahan mandiri pada lansia di rumah.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini dapat dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan yang lebih modern dan teknologi terbaru yang mendukung penelitian.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Penulis menggunakan metoda studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam dan menyeluruh sehingga mampu membedah realitas dibalik fenomena yang terjadi, teknik pengumpulan data antara lain :

1. Wawancara

Data diambil dan diperoleh melalui perbincangan yang baik dengan pasien maupun dengan perawat.

2. Observasi

Data yang diambil dari hasil pengamatan secara visual maupun percakapan baik dengan pasien, petugas panti.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.2 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien dan keluarga pasien.

2. Data Sekunder

Data Sekunder, adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3. Studi Kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran.

2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep lansia, konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada lansia dengan Diagnosa medis Hipertensi dan masalah keperawatan utama ketidakstabilan Kadar glukosa darah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, 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.

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan gerontic pada klien dengan diagnosa medis Hipertensi. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit diabetes militus dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia merupakan salah satu populasi beresiko yaitu sekumpulan orang yang memiliki kemungkinan besar untuk mengalami perburukan masalah kesehatan lebih cepat akibat faktor-faktor resiko yang mempengaruhinya (Sya'diyah, 2018)

Menurut Pragholapati et al., (2021) lanjut usia adalah sebagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anakanak, dewasa dan hingga akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Lanjut usia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh tuhan yang maha esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Afrizal, 2018). Menurut

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas.

2.1.2 Batasan Usia Lansia

Usia yang dijadikan patokan untuk lanjut usia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun. Beberapa pendapat para ahli tentang batasan usia ialah sebagai berikut (Sya'diyah, 2018):

1. WHO (1999) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut :
 - a. Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun
 - b. Usia lanjut (*elderly*) antara usia 60-74 tahun,
 - c. Usia tua (*old*) adalah usia 75-90 tahun, dan
 - d. Usia sangat tua (*very old*) adalah usia > 90 tahun.
2. Depkes RI (2005) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga katagori, yaitu:
 - a. Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun,
 - b. Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas,
 - c. Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan.

2.1.3 Karakteristik Lansia

Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut : berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat 2 UU No. 13 tentang kesehatan), kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sahat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi mal adaptif, lingkungan tempat tinggal bervariasi (Setiyorini et al., 2020).

2.1.4 Tipe Lansia

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

1. Tipe arif bijaksana

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

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

3. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.

4. Tipe pasrah

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

5. Tipe bingung

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

2.1.5 Proses Penuaan

Proses penuaan (*aging process*) merupakan suatu proses yang alami ditandai dengan adanya penurunan atau perubahan kondisi fisik, psikologis maupun sosial dalam berinteraksi dengan orang lain. Antara tahun 2015-2050,

dimana lanjut usia didunia yang di atas 60 tahun diperkirakan hampir dua kali lipat dari sekitar 12% menjadi 22%. Proses penuaan terdiri atas teori-teori tentang penuaan, aspek biologis pada proses menua, proses penuaan pada tingkat sel, proses penuaan menurut sistem tubuh, dan aspek psikologis pada proses penuaan (Riadi, 2020).

Memasuki usai tua banyak mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit menjadi keriput karena berkurangnya bantalan lemak, rambut memutih, pendengaran berkurang, penglihatan memburuk, gigi mulai ompong, aktivitas menjadi lambat, nafsu makan berkurang dan kondisi tubuh yang lain juga mengalami kemunduran. Menurut WHO dan Undang-Undang No 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada pasal 1 ayat 2 yang menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukanlah suatu penyakit, akan tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, yaitu proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Sya'diyah, 2018)

2.1.6 Tugas Perkembangan Lansia

Kesiapan lansia untuk beradaptasi terhadap tugas perkembangan lansia dipengaruhi oleh proses tumbuh kembang pada tahap sebelumnya. Tugas perkembangan lansia adalah sebagai berikut (Sya'diyah, 2018b):

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

2.1.7 Sindrom Geriatri

Sindrom geriatri adalah kumpulan gejala atau masalah kesehatan yang sering dialami oleh seorang pasien geriatri. Sindrom geriatri ini dikenal juga dengan istilah *i* yaitu (Aryana et al., 2018):

1. Berkurangnya kemampuan gerak (*immobilisasi*)
 - a. Keadaan tidak bergerak/tirah baring selama 3 hari atau lebih.
 - b. Penyebab utama imobilisasi adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekakuan otot, ketidak seimbangan, masalah psikologis, depresi atau demensia.
 - c. Komplikasi yang timbul adalah luka di bagian yang mengalami penekanan terus menerus timbul lecet bahkan infeksi, kelemahan otot, kontraktur/kekakuan otot dan sendi, infeksi paru-paru dan saluran kemih, konstipasi dan lain-lain.
 - d. Penanganan: latihan fisik, perubahan posisi secara teratur, menggunakan kasur anti dekubitus, monitor asupan cairan dan makanan yang berserat.
2. Jatuh dan patah tulang (*instabilitas postural*)
 - a. Penyebab jatuh misalnya kecelakaan seperti terpeleset, sinkop/kehilangan kesadaran mendadak, dizziness/vertigo, hipotensi ortostatik, proses penyakit dan lain-lain.
 - b. Dipengaruhi oleh faktor intrinsik (faktor risiko yang ada pada pasien misalnya kekakuan sendi, kelemahan otot, gangguan pendengaran, penglihatan, gangguan keseimbangan, penyakit misalnya hipertensi, DM, jantung, dll) dan faktor risiko ekstrinsik (faktor yang terdapat di lingkungan misalnya alas kaki tidak sesuai, lantai licin, jalan

tidak rata, penerangan kurang, benda-benda dilantai yang membuat terpeleset dll).

- c. Akibat yang ditimbulkan akibat jatuh berupa cedera kepala, cedera jaringan lunak, sampai patah tulang yang bisa menimbulkan imobilisasi.
 - d. Prinsip dasar tatalaksana usia lanjut dengan masalah instabilitas dan riwayat jatuh adalah: mengobati berbagai kondisi yang mendasari instabilitas dan jatuh, memberikan terapi fisik dan penyuluhan berupa latihan cara berjalan, penguatan otot, alat bantu, sepatu atau sandal yang sesuai, serta mengubah lingkungan agar lebih aman seperti pencahayaan yang cukup, pegangan, lantai yang tidak licin.
3. Mengompol (*inkontinensia urin*)
- a. Inkontinensia urin didefinisikan sebagai keluarnya urin yang tidak dikehendaki dalam jumlah dan frekuensi tertentu sehingga menimbulkan masalah sosial dan atau kesehatan.
 - b. Inkontinensia urin akut terjadi secara mendadak dapat diobati bila penyakit yang mendasarinya diatasi misalnya infeksi saluran kemih, gangguan kesadaran, obat-obatan, masalah psikologik dan skibala.
 - c. Inkontinensia urin yang menetap di bedakan atas: tipe urgensi yaitu keinginan berkemih yang tidak bisa ditahan penyebabnya overaktifitas/kerja otot detrusor karena hilangnya kontrol neurologis, terapi dengan obat- obatan antimuskarinik prognosis baik, tipe stres karena kegagalan mekanisme sfingter/katup saluran kencing untuk menutup ketika ada peningkatan tekanan intra abdomen mendadak seperti bersin, batuk, tertawa terapi dengan latihan otot dasar panggul

prognosis baik, tipe *overflow* yaitu menggelembungnya kandung kemih melebihi volume normal, *post void residu* > 100 cc terapi tergantung penyebab misalnya atasi sumbatan/retensi urin..

- d. *Inkontinensia alvi*/fekal sebagai perjalanan spontan atau ketidakmampuan untuk mengendalikan pembuangan feses melalui anus, penyebab cedera panggul, operasi anus/rektum, prolaps rektum, tumor dll.
- e. Pada *inkontinensia urin* ntuk menghindari sering mengompol pasien sering mengurangi minum yang menyebabkan terjadi dehidrasi.

4. Infeksi (*infection*)

- a. Pada lanjut usia terdapat beberapa penyakit sekaligus, menurunnya daya tahan/imunitas terhadap infeksi, menurunnya daya komunikasipada lanjut usia sehingga sulit/jarang mengeluh, sulitnya mengenal tanda infeksi secara dini.
- b. Ciri utama pada semua penyakit infeksi biasanya ditandai dengan meningkatnya temperatur badan, dan hal ini sering tidak dijumpai pada usia lanjut, malah suhu badan yang rendah lebih sering dijumpai.
- c. Keluhan dan gejala infeksi semakin tidak khas antara lain berupa konfusi/delirium sampai koma, adanya penurunan nafsu makan tiba-tiba, badan menjadi lemas, dan adanya perubahan tingkah laku sering terjadi pada pasien usia lanjut.

5. Gangguan fungsi panca indera (*impairment of senses*)

- a. Gangguan pendengaran sangat umum ditemui pada lanjut usia dan menyebabkan pasien sulit untuk diajak komunikasi

- b. Penatalaksanaan untuk gangguan pendengaran pada geriatri adalah dengan cara memasang alat bantu dengar atau dengan tindakan bedah berupa implantasi koklea.
 - c. Gangguan penglihatan bisa disebabkan gangguan refraksi, katarak atau komplikasi dari penyakit lain misalnya DM, HT dll, penatalaksanaan dengan memakai alat bantu kacamata atau dengan operasi pada katarak.
6. Gangguan gizi (*inanition*)
- Kekurangan zat gizi baik zat gizi makro (karbohidrat, lemak dan protein) maupun zat gizi mikro (vitamin dan mineral) seringkali dialami orang lanjut usia. Gangguan gizi pada lanjut usia dapat merupakan konsekuensi masalah-masalah somatik, fisik atau sosial. Kekurangan zat gizi energi dan protein terjadi karena kurangnya asupan energi dan protein, peningkatan metabolisme karena trauma atau penyakit tertentu dan peningkatan kehilangan zat gizi. Asupan energi secara signifikan menurun seiring proses menua, karena berhubungan dengan penurunan aktivitas fisik pada lanjut usia serta perubahan komposisi tubuh. Gizi kurang berhubungan dengan gangguan imunitas, menghambat penyembuhan luka, penurunan status fungsional dan peningkatan mortalitas.
7. Masalah akibat tindakan medis (*iatrogenik*)
- a. Lansia sering menderita penyakit lebih dari satu jenis sehingga membutuhkan obat yang lebih banyak, apalagi sebagian lansia sering menggunakan obat dalam jangka waktu yang lama tanpa pengawasan dokter sehingga dapat menimbulkan penyakit.

- b. Akibat yang ditimbulkan antara lain efek samping dan efek dari interaksi obat-obat tersebut yang dapat mengancam jiwa.
8. Gangguan tidur (*insomnia*)
- a. Dapat terjadi karena masalah-masalah dalam hidup yang menyebabkan seorang lansia menjadi depresi. Selain itu beberapa penyakit juga dapat menyebabkan insomnia seperti Hipertensi dan gangguan kelenjar thyroid, gangguan di otak juga dapat menyebabkan insomnia. Jam tidur yang sudah berubah juga dapat menjadi penyebabnya.
 - b. Berbagai keluhan gangguan tidur yang sering dilaporkan oleh lansia yaitu sulit untuk masuk kedalam proses tidur, tidurnya tidak dalam dan mudah terbangun, jika terbangun sulit untuk tidur kembali, terbangun dini hari, lesu setelah bangun di pagi hari.
 - c. Agar bisa tidur : hindari olahraga 3-4 jam sebelum tidur, santai mendekati waktu tidur, hindari rokok waktu tidur, hindari minum minuman berkafein saat sore hari, batasi asupan cairan setelah jam makan malam ada nokturia, batasi tidur siang 30 menit atau kurang, hindari menggunakan tempat tidur untuk menonton tv, menulis tagihan dan membaca.
9. Gangguan fungsi kognitif (*intellectual impairment*)
- a. Demensia adalah gangguan fungsi intelektual dan memori didapat yang disebabkan oleh penyakit otak, yang tidak berhubungan dengan gangguan tingkat kesadaran sehingga mempengaruhi aktifitas kerja dan sosial secara bermakna.
 - b. Demensia tidak hanya masalah pada memori. Demensia mencakup berkurangnya kemampuan untuk mengenal, berpikir, menyimpan atau

mengingat pengalaman yang lalu dan juga kehilangan pola sentuh, pasien menjadi perasa, dan terganggunya aktivitas.

- c. Faktor risiko: hipertensi, DM, gangguan jantung, PPOK dan obesitas.
 - d. Sindroma derilium akut adalah sindroma mental organik yang ditandai dengan gangguan kesadaran dan atensi serta perubahan kognitif atau gangguan persepsi yang timbul dalam jangka pendek dan berfluktuasi.
 - e. Gejalanya: gangguan kognitif global berupa gangguan memori jangka pendek, gangguan persepsi (halusinasi, ilusi), gangguan proses pikir (diorientasi waktu, tempat, orang), komunikasi tidak relevan, pasien mengomel, ide pembicaraan melompat-lompat, gangguan siklus tidur
10. Isolasi/menarik diri (*isolation*)
- a. Isolation (terisolasi) / depresi, penyebab utama depresi pada lanjut usia adalah kehilangan seseorang yang disayangi, pasangan hidup, anak, bahkan binatang peliharaan.
 - b. Selain itu kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan, menyebabkan dirinya terisolasi dan menjadi depresi. Keluarga yang mulai mengacuhkan karena merasa direpotkan menyebabkan pasien akan merasa hidup sendiri dan menjadi depresi. Beberapa orang dapat melakukan usaha bunuh diri akibat depresi yang berkepanjangan.
11. Berkurangnya kemampuan keuangan (*impecunity*)
- a. Dengan semakin bertambahnya usia maka kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara perlahan-lahan, yang menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjakan atau menyelesaikan pekerjaan sehingga tidak dapat memberikan penghasilan.

- b. Usia pensiun dimana sebagian dari lansia hanya mengandalkan hidup dari tunjangan hari tuanya.
- c. Selain masalah finansial, pensiun juga berarti kehilangan teman sejawat, berarti interaksi sosial pun berkurang memudahkan seorang lansia mengalami depresi.

12. Konstipasi (*impaction*)

- a. Faktor yang mempengaruhi: kurangnya gerak fisik, makanan yang kurang mengandung serat, kurang minum, akibat obat-obat tertentu dan lain-lain.
- b. Akibatnya pengosongan usus menjadi sulit atau isi usus menjadi tertahan, kotoran dalam usus menjadi keras dan kering dan pada keadaan yang berat dapat terjadi penyumbatan didalam usus dan perut menjadi sakit.

13. Gangguan sistem imun (*immune deficiency*)

Gangguan kesehatan yang disebabkan oleh perubahan sistem imunitas pada Lanjut Usia. Sistem imunitas yang tersering mengalami gangguan adalah sistem imunitas seluler. Berkaitan dengan hal tersebut, kejadian infeksi tuberkulosis meningkat pada populasi Lanjut Usia ini sehingga memerlukan kewaspadaan.

14. Gangguan fungsi seksual (*impotence*)

Gangguan fungsi ereksi pada laki-laki Lanjut Usia dapat berupa ketidakmampuan ereksi, ketidakmampuan penetrasi, atau ketidakmampuan mempertahankan ereksi. Gangguan ini dapat disebabkan oleh obat-obat antihipertensi, diabetes melitus dengan kadar gula darah yang tidak

terkendali, merokok, dan hipertensi lama. Selain itu, impotensi/ketidakmampuan melakukan aktivitas seksual pada usia lanjut terutama disebabkan oleh gangguan organik seperti gangguan hormon, syaraf, dan fungsi organ tubuh yang mengalami Penurunan akibat degeneratif.

2.2 Konsep Penyakit Hipertensi

2.2.1 Anatomi dan Fisiologi Jantung

1. Anatomi Jantung

Jantung merupakan organ muskular berbentuk kerucut yang berongga. Panjangnya sekitar 10 cm dan berukuran satu kepalan tangan pemilikinya. Fungsi utama jantung adalah memompa darah ke pembuluh darah dengan kontraksi ritmik dan berulang. Berat jantung sekitar 225-gram pada wanita dan 310-gram pada pria. Jantung terletak di dalam rongga mediastinum dari rongga dada (toraks), diantara kedua paru. Selaput yang mengitari jantung disebut pericardium, yang terdiri atas 2 lapisan, yaitu pericardium parietalis, merupakan lapisan luar yang melekat pada tulang dada dan selaput paru. Dan pericardium viseralis, yaitu lapisan permukaan dari jantung itu sendiri, yang juga disebut epikardium. Di dalam lapisan jantung tersebut terdapat cairan pericardium, yang berfungsi untuk mengurangi gesekan yang timbul akibat gerak jantung saat memompa. Dinding jantung terdiri dari 3 lapisan, yaitu lapisan luar yang disebut pericardium, lapisan tengah atau miokardium merupakan lapisan berotot, dan lapisan dalam disebut endokardium. Organ jantung terdiri atas 4 ruang, yaitu 2 ruang yang berdinding tipis, disebut atrium, dan 2 ruang yang berdinding tebal disebut ventrikel (Pintaningrum et al., 2019).

1. Atrium

a. Atrium kanan, berfungsi sebagai tempat penampungan darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh. Darah tersebut mengalir melalui vena cava superior, vena cava inferior, serta sinus oronarius yang berasal dari jantung sendiri. Kemudian darah dipompakan ke ventrikel kanan dan selanjutnya ke paru.

b. Atrium kiri, berfungsi sebagai penerima darah yang kaya oksigen dari kedua paru melalui 4 buah vena pulmonalis. Kemudian darah mengalir ke ventrikel kiri, dan selanjutnya ke seluruh tubuh melalui aorta.

2. Ventrikel

a. Ventrikel kanan, menerima darah dari atrium kanan dan dipompakan ke paru-paru melalui arteri pulmonalis.

b. Ventrikel kiri, menerima darah dari atrium kiri dan dipompakan ke seluruh tubuh melalui aorta. Kedua ventrikel ini dipisahkan oleh sekat yang disebut septum ventrikel.

3. Katup Atrioventrikuler

Oleh karena letaknya antara atrium dan ventrikel, maka disebut katup atrioventrikuler, yaitu:

a. Katup trikuspidalis. Merupakan katup yang terletak di antara atrium kanan ventrikel kanan, serta mempunyai 3 buah daun katup.

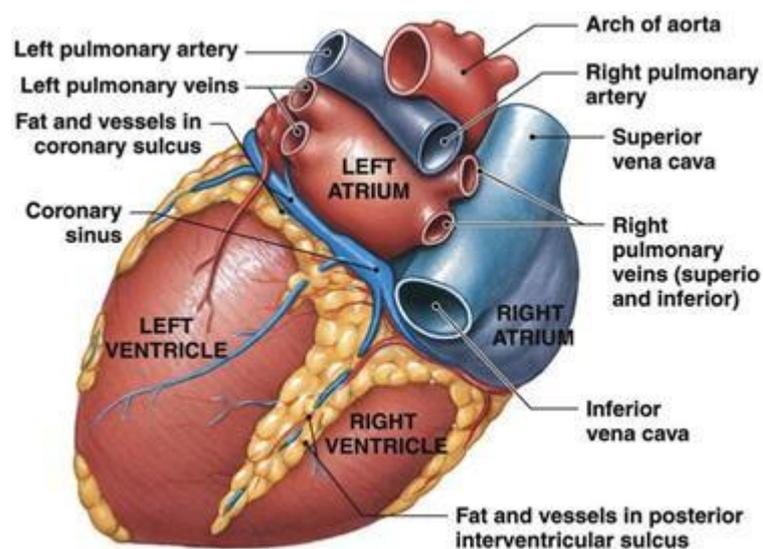
b. Katup mitral atau bikuspidalis. Merupakan katup yang terletak di antara atrium kiri dan ventrikel kiri, serta mempunyai 2 buah katup. Selain itu katup atrioventrikuler berfungsi untuk memungkinkan darah mengalir dari

masingmasing atrium ke ventrikel pada fase diastole ventrikel, dan mencegah aliran balik pada saat systole ventrikel (kontraksi).

4. Katup Semilunaris

a. Katup pulmonal Terletak pada arteri pulmonalis, memisahkan pembuluh ini dari ventrikel kanan

b. Katup aorta Terletak antara ventrikel kiri dan aorta. Kedua katup semilunar ini mempunyai bentuk yang sama, yakni terdiri dari 3 daun katup yang simetris disertai penonjolan menyerupai corong yang dikaitkan dengan sebuah cincin serabut.



Gambar 2.1 Anatomi Jantung

Sumber: (Nurachman & Angriani,2017)

Siklus jantung adalah periode dimulainya satu denyutan jantung dan awal dari denyutan selanjutnya. Siklus jantung terdiri dari periode sistole, dan diastole. Sistole adalah periode kontraksi dari ventrikel, dimana darah dikeluarkan dari jantung. Diastole adalah periode relaksasi dari ventrikel dan kontraksi atrium,

dimana terjadi pengisian darah dari atrium ke ventrikel (Pintaningrum et al., 2019).

1. Periode sistole (periode kontriksi)

Periode sistole adalah suatu keadaan jantung dimana bagian ventrikel dalam keadaan menguncup. Katup bikuspidalis dan trikuspidalis dalam keadaan tertutup, dan valvula semilunaris aorta dan valvula semilunaris arteri pulmonalis terbuka, sehingga darah dari ventrikel kanan mengalir ke arteri pulmonalis, dan masuk kedalam paru-paru kiri dan kanan. Darah dari ventrikel kiri mengalir ke aorta dan selanjutnya beredar ke seluruh tubuh.

2. Periode diastole (periode dilatasi)

Periode diastole adalah suatu keadaan dimana jantung mengembang. Katup bikuspidalis dan trikuspidalis dalam keadaan terbuka sehingga darah dari atrium kiri masuk ke ventrikel kiri, dan darah dari atrium kanan masuk ke ventrikel kanan. Selanjutnya darah yang datang dari paru-paru kiri kanan melalui vena pulmonal kemudian masuk ke atrium kiri. Darah dari seluruh tubuh melalui vena cava superior dan inferior masuk ke atrium kanan.

3. Periode istirahat

Periode istirahat adalah waktu antara periode diastole dengan periode systole dimana jantung berhenti kira-kira sepersepuluh detik. Pada waktu aktifitas depolarisasi menjalar ke seluruh ventrikel, ventrikel berkontraksi dan tekanan di dalamnya meningkat. Pada waktu tekanan di dalam ventrikel melebihi tekanan atrium, katup mitral dan tricuspoid menutup dan terdengar sebagai bunyi jantung pertama.

2.2.2 Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Kemenkes, 2022)

Hipertensi merupakan suatu keadaan meningkatnya tekanan darah sistolik lebih dari sama dengan 140 mmHg dan diastolik lebih dari sama dengan 90 mmHg. Hipertensi dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu hipertensi primer atau esensial yang penyebabnya tidak diketahui dan hipertensi sekunder yang dapat disebabkan oleh penyakit ginjal, penyakit endokrin, penyakit jantung, dan gangguan anak ginjal (adrenal). Hipertensi seringkali tidak menimbulkan gejala, sementara tekanan darah yang terus-menerus tinggi dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan komplikasi (Adrian, 2019)

2.2.3 Etiologi

Smeltzer & Bare, (2017) penyebab hipertensi dibedakan menjadi 2 yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder.

1. Hipertensi Esensial atau Primer

Penyebab hipertensi primer sampai saat ini belum diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sisanya 10% tergolong hipertensi sekunder. Onset hipertensi primer terjadi pada usia 30-50 tahun. Hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder hipertensi tidak ditemukan. Meskipun hipertensi primer penyebabnya belum diketahui namun diperkirakan hipertensi primer disebabkan karena faktor keturunan, ciri perseorangan, dan kebiasaan hidup. Pada kebanyakan orang

dewasa penyebab tekanan darah tinggi ini seringkali tidak diketahui. Hipertensi primer cenderung berkembang secara bertahap selama bertahun-tahun.

2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme). Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditujukan ke penderita hipertensi esensial.

3. Faktor Resiko

a. Keturunan

Pada 70%-80% kasus hipertensi esensial didapatkan dari riwayat hipertensi dalam keluarga. Jika seorang dari orang tua kita memiliki riwayat hipertensi maka sepanjang hidup kita memiliki kemungkinan 25% terkena hipertensi.

b. Jenis Kelamin

Perbandingan antara pria dan wanita ternyata wanita lebih banyak menderita hipertensi.

c. Usia

Bertambahnya usia maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi. Hal ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon.

d. Stres

Stress yang berkepanjangan akan membuat tekanan darah akan menetap tinggi

2.2.4 Klasifikasi

Klasifikasi tekanan darah menurut *European of Cardiology* (Setiadi & Halim, 2018).

Tabel 2.1 klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi Tekanan Darah	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Optimal	<120	Dan	<80
Normal	120-129	Dan/atau	80-84
High Normal	130-139	Dan/atau	85-89
Hipertensi Tingkat 1	140-159	Dan/atau	90-99
Hipertensi Tingkat 2	160-179	Dan/atau	100-109
Hipertensi Tingkat 3	180	Dan/atau	110
<i>Isolated Systolic Hypertensio</i>	140	Dan	<90

Keterangan : TDS (Tekanan Darah Sistolik), TDD (Tekanan Darah Diastolik)

2.2.5 Manifestasi Klinis

Pada umumnya, penderita hipertensi tidak memiliki keluhan. Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, lemas dan impotensi. Nyeri kepala umumnya pada hipertensi berat, dengan ciri khas nyeri regio oksipital terutama pada pagi hari. Anamnesis identifikasi faktor risiko penyakit jantung, penyebab sekunder hipertensi, komplikasi kardiovaskuler, dan gaya hidup pasien. Peningkatan tekanan darah yang berasosiasi dengan peningkatan berat badan, faktor gaya hidup (perubahan pekerjaan menyebabkan penderita bepergian dan makan di luar rumah), penurunan frekuensi atau intensitas aktivitas fisik, atau usia tua pada pasien dengan riwayat keluarga dengan hipertensi. Labilitas tekanan darah, mendengkur, prostatisme, kram otot, kelemahan, penurunan berat badan, palpitasi, intoleransi panas, edema, gangguan berkemih, riwayat perbaikan koarktasio, pada keluarga obesitas sentral, wajah membulat,, penggunaan obat-obatan atau zat terlarang, dan tidak adanya riwayat hipertensi (Adrian, 2019).

2.2.6 Patofisiologi

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan total peripheral resistance. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Sistem pengendalian tekanan darah sangat kompleks. Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti reflex kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleks kemoreseptor, respon iskemia, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sedangkan sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga interstisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopresin. Kemudian dilanjutkan sistem poten dan berlangsung dalam jangka panjang yang dipertahankan oleh sistem pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ (Nurhikmawati et al., 2020).

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan

bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Hasanah, 2019).

2.2.7 Komplikasi

Hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongesif, stroke, gangguan penglihatan dan penyakit ginjal. Tekanan darah yang tinggi umumnya meningkatkan resiko terjadinya komplikasi tersebut. Hipertensi yang tidak diobati akan mempengaruhi semua sistem organ dan akhirnya memperpendek harapan hidup sebesar 10-20 tahun. Mortalitas pada pasien hipertensi lebih cepat apabila penyakitnya tidak terkontrol dan telah menimbulkan komplikasi ke beberapa organ vital. Sebab kematian yang sering terjadi adalah penyakit jantung dengan atau tanpa disertai stroke dan gagal ginjal (Kemenkes, 2021)

Komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut (Kemenkes, 2021) :

1. Organ Jantung

Kompenasasi jantung terhadap kerja yang keras akibat hipertensi berupa penebalan pada otot jantung sebelah kiri. Kondisi ini akan memperkecil rongga jantung untuk memompa. Sehingga jantung akan semakin membutuhkan energi yang besar. Kondisi ini akan disertai dengan adanya gangguan pembuluh darah jantung sendiri (koroner) akan menimbulkan kekurangan oksigen dari otot jantung dan berakibat rasa nyeri. Apabila kondisi dibiarkan terus menerus akan menyebabkan kegagalan jantung untuk memompa darah dan menimbulkan kematian.

2. Sistem Saraf

Gangguan dari sistem saraf terjadi pada sistem retina dan sstem saraf pusat. Di dalam retina terdapat pembuluh pembuluh darah tipis yang akan menjadi lebar saat terjadi hipertensi, dan memungkinkan terjadinya pecah pembuluh darah yang akan menyebabkan gangguan pada organ penglihatan.

3. Sistem Ginjal

Hipertensi yang berkepanjangan akan menyebabkan kerusakan dari pembuluh darah pada organ ginjal, sehingga fungsi ginjal sebagai pembuangan zat-zat beracun bagi tubuh tidak berfungsi dengan baik. Akibat gagalnya sistem ginjal akan terjadi penumpukan zat yang berbahaya bagi tubuh yang dapat merusak tubuh lain terutama otak.

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Nurarif, (2015) mengatakan bahwa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien hipertensi, antara lain:

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

2.2.9 Penatalaksanaan

Pengobatan pasien dengan penyakit jantung hipertensi terbagi dalam dua kategori pengobatan dan pencegahan tekanan darah yang tinggi dan pengobatan penyakit jantung hipertensi. Tekanan darah ideal adalah kurang dari 140/90 pada pasien tanpa penyakit diabetes dan penyakit ginjal kronik dan kurang dari 130/90

pada pasien dengan penyakit diatas. Berbagai macam strategi pengobatan penyakit jantung hipertensi, yaitu (Panggabean, 2023) :

1. Pengaturan Diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat dan atau dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan bisa memperbaiki keadaan LVH. Beberapa diet yang dianjurkan, yaitu:

- a. Rendah garam, beberapa studi menunjukan bahwa diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Dengan pengurangan komsumsi garam dapat mengurangi stimulasi system renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah intake sodium yang dianjurkan 50–100 mmol atau setara dengan 3–6-gram garam per hari.
- b. Diet kaya buah dan sayur.
- c. Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.
- d. Tidak mengkomsumsi Alkohol.

2. Olahraga Teratur

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan dapat memperbaiki keadaan jantung. Olahraga isotonik dapat juga bisa meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah.

3. Penurunan Berat Badan Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan LVH. Jadi penurunan berat

badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan berat badan (1kg/minggu) sangat dianjurkan. Penurunan berat badan dengan menggunakan obat-obatan perlu menjadi perhatian khusus karena umumnya obat penurun berat badan yang terjual bebas mengandung simpatomimetik, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah, memperburuk angina atau gejala gagal jantung dan terjainya eksaserbasi aritmia. Menghindari obat-obatan seperti NSAIDs, simpatomimetik, dan MAO yang dapat meningkatkan tekanan darah atau menggunakannya dengan obat antihipertensi.

4. Farmakoterapi Pengobatan hipertensi atau penyakit jantung hipertensi dapat menggunakan berbagai kelompok obat antihipertensi seperti thiazide, beta-blocker dan kombinasi alpha dan beta blocker, calcium channel blockers, ACE inhibitor, angiotensin receptor blocker dan vasodilator seperti hydralazine. Hampir pada semua pasien memerlukan dua atau lebih obat antihipertensi untuk mencapai tekanan darah yang diinginkan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Hipertensi

Kolcaba (2003, dalam Alipiani, 2020) berpendapat bahwa dalam pengkajian kenyamanan terdapat 4 analisis yang harus diperhatikan:

1. Analisis kenyamanan pada konteks fisik

Pengkajian klien terkait rasa nyaman dengan pengalaman fisik dapat dilakukan dengan wawancara dan pemeriksaan fisik keadaan klien, mengamati sikap tubuh klien, serta perilaku klien yang menunjukkan ketidaknyamanan. Pemeriksaan hemodinamik juga dapat dilakukan secara menyeluruh dan dapat dilakukan pengkajian secara head to toe.

2. Analisis kenyamanan pada konteks psikospiritual

Pengalaman psikospiritual terkait dengan kenyamanan terhadap motivasi dan kepercayaan kepada tuhan.

3. Analisis kenyamanan pada konteks lingkungan

Kenyamanan lingkungan konsep ini mencakup respon adaptasi klien dan keluarga terhadap lingkungan di rumah sakit yang menjadi stressor tersendiri bagi klien dan keluarga. Klien yang tidak bisa beradaptasi dengan lingkungan ini, maka akan merasakan ketidaknyamanan jika berada dalam lingkungan tersebut.

4. Analisis kenyamanan pada konteks sosiokultural

Aspek ini lebih banyak mengkaji hubungan klien dengan keluarga. Klien yang dirawat di rumah sakit akan terpisah dari keluarganya atau saudara dan kerabatnya untuk sementara waktu. Keluarga juga akan mengalami perubahan peran terhadap perawatan klien.

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas Meliputi: Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, alamat sebelum tinggal di panti, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan sebelumnya, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, kamar dan penanggung jawab.
2. Riwayat masuk panti
Menjelaskan mengapa memilih tinggal di panti dan bagaimana proses nya sehingga dapat bertempat tinggal di panti.
3. Riwayat keluarga
Menggambarkan silsilah (kakek, nenek, orang tua, saudara kandung, pasangan, dan anak-anak)

4. Riwayat pekerjaan
Menjelaskan status pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, dan sumber-sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan yang tinggi.
5. Riwayat lingkup hidup
Meliputi: tipe tempat tinggal, jumlah kamar, jumlah orang yang tinggal di rumah, derajat privasi, alamat, dan nomor telpon.
6. Riwayat rekreasi
Meliputi: hoby/minat, keanggotaan organisasi, dan liburan
7. Sumber/sistem pendukung
Sumber pendukung adalah anggota atau staf pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat atau klinik
8. Deskripsi harain 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.
9. Status kesehatan hari ini
Meliputi: status kesehatan umum selama setahun yang lalu, status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu, keluhan kesehatan utama, serta pengetahuan tentang penatalaksanaan masalah kesehatan.
10. Obat-obatan
Menjelaskan obat yang telah dikonsumsi, bagaimana mengonsumsinya, atas nama dokter siapa yang menginstruksikan dan tanggal resep
11. Status imunisasi
Mengkaji status imunisasi klien pada waktu dahulu

12. 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.

13. Pemeriksaan Fisik

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 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).

c. 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).
- d. Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk abdomen, benjolan/massa, bayangan pembuluh darah, warna kulit abdomen, lesi pada abdomen), auskultasi (bising usus atau peristaltik 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).
 - e. Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya meliputi area pubis, meatus uretra, anus serta perineum terdapat kelainan atau tidak.
 - f. Pada pemeriksaan muskuloskeletal meliputi pemeriksaan kekuatan dan kelemahan eksremitas, kesimetrisan cara berjalan.
 - g. 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.

2.3.2 Tes Kemampuan Lansia

1. Tes Kemampuan ADL

Tabel 2. 1 Tes Kemampuan ADL

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

Interpretasi

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

2. Tes Aspek Positif

Tabel 2. 2 MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun : Hari : Musim : Bulan : Tanggal :

2	Orientasi	5	Dimana sekarang kita berada ? Negara : Panti : Propinsi : Wisma : Kabupaten/kota :
3	Registrasi	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal: kursi, meja, kertas)
4	Perhatian Dan Kalkulasi	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat.
5	Mengingat	3	Meminta Klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke -2
6	Bahasa	9	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut). 1). Meja 2). Kursi 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. 4) Ambil kertas ditangan anda 5) Lipat dua 6) Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 7) Tutu p mata anda” 8) Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9) Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk
Total Nilai			

Interpretasi hasil

24	-	30	: Tidak ada gangguan
8	-	23	: Gangguan Kognitif sedang
0	-	17	: gangguan Kognitif Berat

3. Tingkat Kerusakan Intelektul

Tabel 2. 3 Tingkat Kerusakan intelektual

No	Pertanyaan	Benar	Salah
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
Jumlah	

Intpretasi :

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah = 0, 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

>24 detik : Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan

>30 detik : Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan

melakukan ADL

4. Kecemasan GDS Pengkajian Depresi

Tabel 2. 4 Kecemasan GDS Pengkajian Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tidak	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	
4.	Anda sering merasa bosan	0	0	
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	1	1	

8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	1	1
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	0	0
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0

5. Status Nutrisi

Tabel 2. 5 Status Nutrisi

No	Indikator	Score	Pemeriksaan Hasil
1	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang di konsumsi	2	
2	Makan kurang 2 kali dalam sehari	3	
3	Makan sedikit buah, sayur atau olahansusu	2	
4	Mempunyai 3 atau lebih kebiasaan minuman beralkohol setiap harinya	2	
5	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	
6	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	
7	Lebih sering makan sendirian	1	
8	Mempunyai keherusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	
9	Mengalami penurunan berat badan 5 kg dalam 6 bulan terakhir	2	
10	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja memasak atau makan sendiri	2	

Interprestasi Hasil

- 0 - 2 : good
 3 - 5 : moderete nutrisi
 Risk > : high nutrisi

7. Tes Fungsi sosial lansia

Tabel 2. 6 Tes Apgar Lansia

NO	URAIAN	FUNGSI	SKOR
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	
		TOTAL	

Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab :

- 1) Selalu : Skor 2
 2) Kadang-kadang : Skor 1
 3) Hampir tidak pernah : Skor 0

Interprestasi :

- < 3 : Disfungsi berat
 3-6 : Disfungsi sedang
 >6 : Baik

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges, Moorhouse dan Geissler (2014), diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload (D.0008)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi (D.0017)
3. Nyeri akut b.d tekanan vascular cerebral (D.0077)
4. Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit (D.0074)
5. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan umum (D.0056)
6. Resiko jatuh d.d gangguan penglihatan (D.0143)
7. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)
8. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)
9. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)
10. Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080).

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 7 Konsep Intervensi Keperawatan pada Hipertensi

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Risiko penurunan curah jantung Berhubungan dengan perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas atau perubahan preload (SDKI, D.0011)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut: a. Tekanan darah membaik b. Kekuatan nadi perifer meningkat c. Perasaan lelah (SLKI, L.02008)	Observasi: a. Identifikasi tanda/gejala primer dan sekunder b. Monitor tekanan darah c. Monitor keluhan nyeri dada Terapeutik: a. Posisikan semi fowler/fowler dengan kaki ke bawah/posisi nyaman b. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat c. Berikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi : a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi b. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap(SIKI, I. 02075)

<p>2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia atau peningkatan tekanan vaskuler serebral) (SDKI, D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri berkurang b. Sikap protektif berkurang c. Gelisah berkurang d. Kesulitan tidur berkurang e. Frekuensi nadi dalam rentang normal (SLKI, L.08066) 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi karakteristik nyeri b. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri b. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (SIKI, I.08238)
<p>3 Risiko perfusi serebral tidak efektif dikaitkan dengan hipertensi (SDKI, D.0017)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sakit kepala mmenurun b. Gelisah menurun c. Nilai rata-rata tekanan darah membaik (SLKI, L.02014) 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor penyebab peningkatan TIK b. Monitor peningkatan TD <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien d. Dokumnetasikan hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Jelaskan tujuan dan hasil pemantauan f. Informasikan hasil pemantauan (SIKI, I.05178).

4. Defisit pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, D.0111).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut : a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat c. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (SLKI, L.12111)	Observasi : a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik : a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan (SIKI, I.12383).
5. Resiko jatuh d.d gangguan penglihatan (D.0143)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan kriteria hasil : 1. Risiko jatuh dari tempat tidur menurun 2. Risiko jatuh saat berjalan menurun 3. Risiko jatuh saat berdiri menurun	Pencegahan jatuh (I.14540) a) Observasi 1. Identifikasi factor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Morse scale, humpty dumpty) b) Terapeutik 4. Pasang handrail tempat tidur c) Edukasi 5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpidah

6	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan meningkat (L.03020) dengan kriteria hasil : 1. Terbebas dari edema 2. Haluaran urin meningkat 3. Mampu mengontrol asupan cairan	Manajemen hipervolemia (I.03114) a) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnes, dipsnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) b) <i>Terapeutik</i> 4. Batasi asupan cairan dan garam c) <i>Edukasi</i> 5. Anjurkan melapor haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 6. Ajarkan cara membatasi cairan d) <i>Kolaborasi</i> 7. Kolaborasi pemberian diuretic
7	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi perifer meningkat (L.02011) dengan kriteria hasil : 1. Nadi perifer teraba kuat 2. Akral teraba hangat 3. Warna kulit tidak pucat	Pemantauan tanda vital (I.02060) a) Observasi 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri nadi 6. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital b) <i>Terapeutik</i> 7. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien c) <i>Edukasi</i> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

8	Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2. Pasien tampak tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	<p>Reduksi ansietas (I.09314) a) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) b) Terapeutik 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman c) Edukasi 3. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan , dan prognosis
9	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan meningkat (L.03020) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terbebas dari edema 2. Haluaran urin meningkat 3. Mampu mengontrol asupan cairan 	<p>Manajemen hipervolemia (I.03114)</p> <p>a) <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) <p>b) <i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Batasi asupan cairan dan garam <p>c) <i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan melapor haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 6. Ajarkan cara membatasi cairan <p>d) <i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian diuretic

10 Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat (L.12111)</p> <p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melakukan sesuai anjuran 2. Pasien tampak mampu menjelaskan kembali materi yang disampaikan 3. Pasien mengajukan pertanyaan 	<p>Edukasi kesehatan (I.12383) a) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>b) Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>c) Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
---	--	---

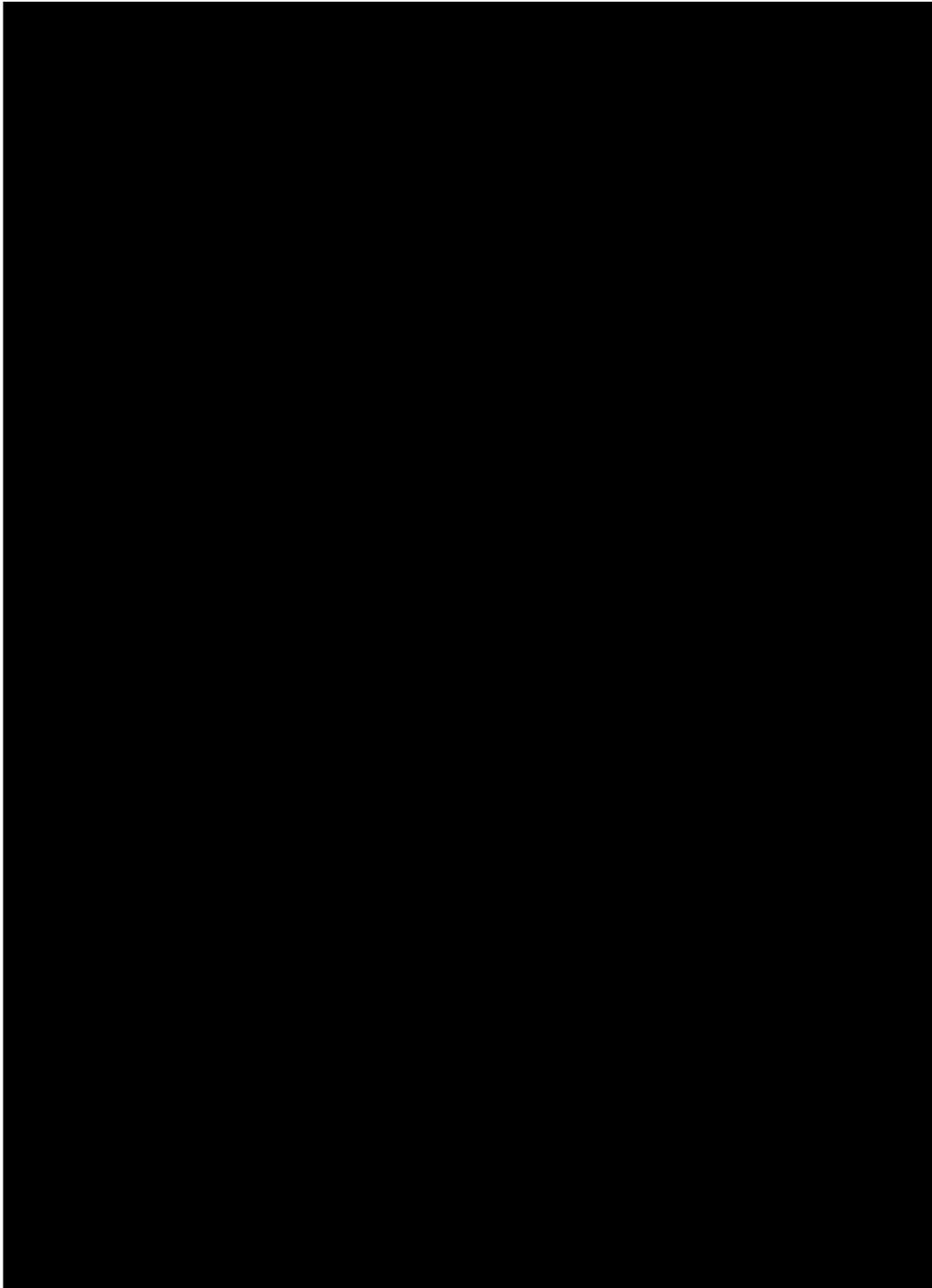
2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.(Panggabean, 2023).

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Panggabean, 2023).

2.4 WOC



Gambar 1.2 WOC Hipertensi (Nurhikmawati et al., 2020).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini membahas hasil asuhan keperawatan gerontik dimulai dari tahapan pengkajian, analisa data, perumusan masalah keperawatan, intervensi, implementasi serta evaluasi yang dilaksanakan pada tanggal 28-30 November 2023 di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya:

3.1 Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Tn. J bertempat tinggal di Surabaya dari suku jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 71 tahun dan beragama Islam. Pasien belum menikah. Pendidikan terakhir Pasien SMA. Klien sudah tinggal di UPTD Griya Werdha selama ± 4 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai pegawai swasta karyawan toko.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama : Tn. J mengatakan bahwa terkadang pasien merasa pusing dan nyeri kepala.
2. Riwayat penyakit sekarang : Pasien masuk ke Griya Werdha Jambangan di antar oleh petugas karena tidak memiliki tempat tinggal. keluhan yang dirasakan Tn. J sejak tiga bulan terakhir serta terkadang merasa pusing. Pasien juga susah untuk tidur karena mengalami nyeri kepala. Selama di Griya Werdha pasien hanya mengkonsumsi obat dari petugas panti. Pasien tidak memiliki alergi obat maupun makanan.
3. Riwayat penyakit dahulu : pasien memiliki penyakit Hipertensi dari sebelum masuk di UPTD Griya Werdha. Untuk keluarga pasien memiliki Riwayat hipertensi.

3.1.3 Status Fisiologis

1. Postur tulang belakang Tn. J yaitu tegap.
2. Tanda-tanda vital
 - a. Suhu : 36,4 °C
 - b. Tekanan Darah : 150/90 mmHg
 - c. Nadi : 86 x/menit
 - d. Respirasi : 18 x/menit
 - e. Berat Badan : 59 kg
 - f. Tinggi badan : 164 cm

3.1.4 Pemeriksaan Fisik (*Head to Toe*)

1. Kepala

Kepala Tn. J bentuk simetris, bersih tidak, terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek tidak rontok. Tn. J mengeluh pusing pada kepala P : Tekanan darah tinggi (150/90 mmHg), Q : Seperti tertekan, R : Kepala bagian belakang, S: Skala 3 (1-10), T: Hilang timbul terutama pada malam hari

2. Mata

Pada Tn. J konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan sedikit kabur, luas lapang pandang tidak terbatas, tidak ada peradangan di kedua mata, mata tidak strabismus.

3. Hidung

Pada Tn. J bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu.

4. Mulut dan Tenggorokan

Pada Tn. J kebersihan mulut baik, mukosa bibir lembab, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan.

5. Telinga

Pada Tn. J kebersihan telinga baik, tidak terdapat serumen berlebih, tidak ada peradangan maupun gangguan pendengaran.

6. Leher

Pada Tn. J tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis.

7. Dada

Pada Tn. J bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing. Ictus cordis 4-5 mid clavicula sinistra.

8. Abdomen

Pada Tn. J bentuk perut normal, tidak terdapat nyeri tekan, bising usus 12 x/menit, tidak ada massa, tidak ada distensi abdomen.

9. Genetalia

Pada Tn. J kebersihan area genetalia terjaga bersih, ada rambut pubis, tidak ada hemoroid, tidak ada hernia.

10. Ekstermitas

Pasien tidak terdapat luka di bagian ekstremitas, tidak mengalami nyeri sendi dan kelemahan otot.

ROM	5555		5555
	5555		5555

11. Integumen

Pada Tn. J mengeluh gatal gatal pada kulit tubuhnya. Kulit tampak kering dan ada bekas luka dermatitis.

12. Sistem Persarafan

Pasien tidak mengalami disorientasi orang, waktu, dan tempat. Pasien tidak mengalami penurunan memori. Kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS: E4 V5 M6.

Pengkajian nervus pada pasien didapatkan data sebagai berikut:

Nervus kranial I : Dapat mengidentifikasi bau

Nervus kranial II : Dapat melihat dengan baik

Nervus kranial III : Pupil isokor

Nervus kranial IV : Pergerakan mata baik

Nervus kranial V : Dapat membuka mulut

Nervus kranial VI : Pergerakan mata baik

Nervus kranial VII : Dapat mengerutkan dahi

Nervus kranial VIII : Dapat mendengar

Nervus kranial IX : Uvula berada di tengah

Nervus kranial X : Dapat menelan

Nervus kranial XI : Dapat menolehkan leher

Nervus kranial XII : Posisi lidah simetris

3.1.5 Pengkajian keseimbangan Untuk Lansia

Pada saat dilakukan pengkajian TUG (*Time Up Go Test*) pada Tn. J mulai posisi bangun dari kursi, berjalan sejauh 3 meter, berbalik, kembali berjalan ke kursi, dan duduk kembali, didapatkan hasil Tn. J mampu mengangkat satu

kaki selama 6 detik dan berjalan tegak lurus dari tempat tidur ke kamar mandi dengan waktu 20 detik. Sehingga total TUG 26 detik yang artinya TUG > 24 detik, menunjukkan bahwa individu tersebut memiliki masalah mobilitas yang signifikan dan risiko jatuh yang lebih tinggi. Ini sering kali terkait dengan kelemahan fisik, masalah keseimbangan, atau gangguan mobilitas lainnya. Dengan hasil ini, penting untuk melakukan evaluasi lebih lanjut dan mempertimbangkan intervensi seperti fisioterapi, latihan keseimbangan, atau penggunaan alat bantu jalan untuk meningkatkan mobilitas dan mengurangi risiko jatuh.

3.1.6 Pengkajian Psikososial

Hubungan Tn. J dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Hubungan Tn. J dengan orang lain di panti kenal dengan teman-teman lainnya karena Tn. J sering duduk-duduk di depan kamarnya. Kebiasaan Tn. J selalu berinteraksi dengan orang disekitarnya. Stabilitas emosi Tn. J Stabil.

3.1.7 Pengkajian Terhadap Perilaku Kesehatan

Data pada Tn. J makan 3x/hari dengan porsi habis. Tn. J minum \pm 2000 cc/hari. Tn. J mengatakan terkadang susah untuk mengawali tidurnya. Saat melakukan patroli malam pukul 22.00 WIB perawat mendapati pasien masih terbangun sendirian ditempat tidur disaat teman - teman sekamarnya sedang tertidur. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur atau di depan kamar dan bermain dengan kucing. Frekuensi BAB Tn. J yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. Frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari.. Tn. J mandi 2 x/ hari dengan mandiri. Setelah amndi Tn. J terkadang memakai minyak kayu putih dan ganti baju 1x/hari.

3.1.8 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

Pada pemukiman luas bangunan sekitar 2.887 m² dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genting, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik. Ventilasi 15 % luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di panti memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di panti menggunakan air PDAM dan membeli air minum aqua. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dikelola dinas. Tidak ditemukan binatang pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga.

2. Fasilitas

Di panti Werdha tidak terdapat peternakan namun perikanan. Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 m², ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah (mushola).

3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa 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 Afektif Inventaris Depresi Beck

Pada Tn. J didapatkan bahwa Tn. J memiliki penilaian 3 dan masuk kategori depresi tidak ada atau minimal.

3.1.10 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga

Hasil pengkajian menggunakan apgar keluarga dengan lansia, memperoleh nilai 8. Maka Tn.J mempunyai fungsi sosial normal.

3.1.11 Masalah Emosional

Pada Tn. J didapatkan bahwa pasien tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosi yang stabil.

3.1.12 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

Pada Tn. J didapatkan bahwa dari 10 pertanyaan pasien bisa menjawab 8 pertanyaan dengan baik, yang artinya Tn. J masih memiliki fungsi intelektual utuh.

3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE

Pada Tn. J didapatkan bahwa pasien mampu menjawab 25 pertanyaan dari 30 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga infeksi n hasil tidak ada gangguan kognitif.

3.1.14 Indeks Barthel

Pada Tn. J didapatkan interpretasi “14” atau ketergantungan ringan.

3.1.15 Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-Hari Indeks KATZ

Pada Tn. J didapatkan skore “E” mampu dalam semua aktivitas sehari hari kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan BAB/BAK.

3.2 Pemeriksaan Penunjang

3. Terapi

Tabel 3. 1 Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Amlodipine	1x5mg (po)	Untuk mengurangi tekanan darah tinggi
Salep Ketoconazole	1x200mg (infeksi)	Untuk mengatasi infeksi jamur
Minyak Zaitun	2x1	Melembabkan kulit

3.3 Analisis Data

Tabel 3.2 Analisa data.

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. J mengatakan bahwa dirinya merasakan nyeri kepala <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> P : Tekanan darah tinggi Q ; Seperti tertekan R : Kepala bagian belakang S : Skala 3 (1-10) T : Hilang timbul - TD : 150/90 mmHg - Tn. J terlihat sulit tidur 	<p>Penekanan Saraf</p>	<p>Nyeri Kronis (SDKI, D.0078 Hal 174)</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. J mengeluh sulit tidur terutama ketika nyeri kepala 1. Tn. J mengeluh pola tidur berubah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2. Tn. J tampak jarang tidur siang 	<p>Kurang Kontrol Tidur</p>	<p>Gangguan Pola Tidur (SDKI, D.0055 Hal 126)</p>
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tn. J mengeluh gatal pada kulit tubuhnya 2. Tn. J mengatakan tidak cocok dengan air yang dibuat mandi dan menyebabkan Tn. J gatal gatal <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tn. J tampak terdapat gatalgatal pada kulit bagian tangan 	<p>Gangguan Stimulus Lingkungan</p>	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan (SDKI, D.0074 Hal 166)</p>
4.	<p>Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Usia lansia (71 tahun) 2. Hipertensi 3. Nilai TUGT 26 detik 		<p>Risiko Jatuh (SDKI, D.0143)</p>

3.4 Prioritas Masalah

Tabel 3. 3 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf	28-11-2023	30-1-2023	<i>Fβ</i>
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan	28-11-2023	30-1-2023	<i>Fβ</i>
3.	Gangguan tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	28-11-2023	30-1-2023	<i>Fβ</i>
4.	Risiko jatuh	28-11-2023	30-1-2023	<i>Fβ</i>

3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Kronis berhubungan dengan Penekanan Saraf (SDKI, D.0078 Hal 174)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri kronis dapat teratasi dengan Kriteria Hasil : 1. Klien tampak rileks 2. Skala nyeri berkurang 3. TTV dalam batas normal (SLKI, L.08066)	Manajemen Nyeri (SIKI, I.08238 Hal 201) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 5. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi: 7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri 9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2	<p>Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur</p> <p>(SDKI, D.0055 Hal 126)</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan pola tidur dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2 .Keluhan pola tidur berubah 3 .Keluhan istirahat tidak cukup menurun <p>(SLKI, L.05045 Hal, 96)</p>	<p>Dukungan Tidur (SIKI, I.05174 Hal 48)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Modifikasikasi lingkungan 6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 7. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 11. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 12. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 13. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
---	--	---	---

<p>3 Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Gangguan Stimulus Lingkungan</p> <p>(SDKI, D.0074 Hal 166)</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesejahteraan fisik dan psikologis meningkat 2. Perawatan sesuai kebutuhan meningkat 3. Keluhan tidak nyaman menurun <p>(SLKI, L.14125)</p>	<p>Perawatan Integritas Kulit (SIKI, I.08245 Hal 326)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan posisi yang nyaman 4. Diskusikan mengenal situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan 6. Ajarlkan terapi relaksasi <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian analgesik, anti pruritus, antihistamin, jika perlu
---	---	---

3.6 Implementasi dan Evaluasi keperawatan

Table 3.5 Implementasi dan evaluasi Keperawatan Tn.J

No	Tgl & Jam	Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Evaluasi Keperawatan	Paraf
28-11-23	Jam 07.00 Wib	Nyeri Kronis berhubungan dengan Penekanan Saraf	R : Kepala bagian belakang S : Skala 3 (1-10) T : Hilang timbul 4. Mengkaji skala nyeri R : Tn. J mengatakan fβ skala nyeri 3 (1-10) 5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R: TD : 150/90 mmHg		Dx 1 S : Tn. J mengatakan nyeri di kepala, terasa cemas dengan skala 3 O : Tn. J mengikuti teknik relaksasi ketika diajarkan A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (nomor 3,4,5,9)	fβ
	08.00 Wib	kesehatannya dan riwayat masuk ke UPTD Griya Werdha			Dx 2 S : Tn J mengatakan berusaha untuk tidur cukup O : Tn. J tidur pada siang hari A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi (nomor 6,10,12)	fβ
	09.30 Wib	3. Mengidentifikasi keluhan fisik R : Tn. J mengatakan mengalami nyeri kepala karena memiliki penyakit hipertensi			Dx 3 S : Tn. J mengatakan badannya masih terasa gatal- gatal O : Terlihat tampak	fβ
		P : Tekanan darah tinggi Q ; Seperti tertekan				

11.00 Wib	Gangguan Pola Tidur	6. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur R : Tn. J mengeluh sulit tidur terutama jika nyeri kepala	Fβ	kemerahan pada tangan Tn. J A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (nomor 7,11)	Fβ
14.00 Wib	gangguan integritas kulit	7. Mengidentifikasi gangguan integritas kulit R : Tn. J mengatakan badannya gatal-gatal karena tidak cocok dengan air di UPTD Griya Werdha	Fβ		Fβ
14.00		8. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya R : Tn. J mengatakan tidak cocok dengan air yang digunakan untuk mandi, dan beranggapan bahwa air mandi yang menyebabkan dirinya gatal-gatal ketika nyeri muncul	Fβ		Fβ
		10. Menjelaskan pentingnya tidur cukup R : Tn. J memahami penjelasan			
		11. Membantu Tn. J untuk mengoleskan obat tropical ketoconazole 2% untuk gatal/iritasi pada tangan kanan dan kiri Tn.			

2.	29-11-23	Gangguan Pola Tidur	<p>1. Memantau persiapan tidur Tn. J</p> <p>2. Melakukan patroli malam untuk memantau keamanan tidur Tn. J</p> <p>4. Memberikan salep pada Tn. J setelah Tn. J mandi pagi R : meradang pada kulit tangan tampak berkurang</p> <p>5. Mengevaluasi dengan bertanya pola tidur Tn. J pada semalaman R : Tn. J mengatakan semalam bisa tidur lebih awal dari hari sebelumnya</p> <p>6. Mengkaji keluhan nyeri R : Tn. J mengatakan mengalami nyeri kepala karena memiliki penyakit hipertensi, nyeri skala 2 (1-10)</p> <p>7. Mengajarkan teknik relaksasi (tarik nafas dalam) ketika nyeri muncul R : Tn. J secara mandiri teknik relaksasi nafas dalam</p>	Fβ	<p>Dx 1</p> <p>S : Klien mengatakan terkadang masih nyeri di kepala</p> <p>O : Skala nyeri 2</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (nomor 6,7)</p> <p>Dx 2</p> <p>S : Tn. J mengatakan semalam bisa tidur lebih awal,</p> <p>O : Tn. J terpantau sudah berbaring di di tempat tdiur</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (nomor 5)</p> <p>Dx 3</p> <p>S : Tn A mengatakan gatal sedikit berkurang setelah diberikan salep</p> <p>O : Terlihat kemerahan sedikit berkurang pada tangannya</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (nomor 4)</p>	Fβ
	14.00			Fβ		Fβ
	15.00	gangguan integritas kulit/jaringan		Fβ		Fβ

30-11-23	1. Mengevaluasi pola tidur Tn. J pada siang hari R : Tn. J mengatakan sudah bisa tidur siang	Fβ	Dx 1	Fβ
09.00 Wib	2. Mengkaji keluhan nyeri R : Tn. J mengatakan nyeri kepala berkurang skala nyeri 1 (1-10)	Fβ	S : Tn. J mengatakan nyeri di kepala berkurang O : Skala nyeri 1 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Fβ
	3. Mengobservasi TD : 130/90 mmHg 4. Memberikan obat topical ketoconazole 2% R : gatal pada kulit tubuh Tn. J tampak mereda	Fβ	Dx 2 S : Tn. J mengatakan sudah bisa tidur pada siang hari, pukul 13.00-14.00 O : Tn. J terpantau tidur pada jam siang hari A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Fβ
		Fβ	Dx 3 S ; Tn J mengatakan gatal pada tubuhnya mereda O : Meradang pada kulit tangannya mereda A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Fβ

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan masalah kehatan hipertensi di UPTD Griya Werdha 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 masalah kesehatan hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya adalah sebagai berikut :

4.1 Pengkajian

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

1. Data Umum (Identitas)

Data yang didapatkan, nama Tn. J bertempat tinggal di Surabaya dari suku jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 81 tahun dan beragam Islam. Pasien belum menikah. Pendidikan terakhir Pasien SMA. Klien sudah tinggal di UPTD Griya Werdha selama \pm 4 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai pegawai KAI. Menurut Sri Agustina, dkk (2014) berdasarkan hasil penelitiannya bahwa tidak terdapatnya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan penyakit hipertensi pada lansia. Hal ini

berkaitan dengan klien yang berjenis kelamin laki-laki. Maka dari itu hal tersebut dapat juga dikarenakan telah menebalnya dinding arteri akibat menumpuknya zat kolagen pada lapisan otot selama bertahun-tahun, yang berdampak pada penyempitan dan pengerasan pembuluh darah sehingga jantung memompa darah lebih kuat dan menimbulkan hipertensi.

Asumsi penulis bahwa hipertensi pada lansia sering disebabkan oleh penurunan elastisitas pembuluh darah karena pembuluh darah menjadi kaku dan elastisitasnya menurun yang menyebabkan peningkatan tekanan darah, juga bisa disebabkan karena struktur pembuluh darah mengalami penyempitan yang menyebabkan aliran darah menjadi sulit dan meningkatkan tekanan darah, stress penyakit jantung dan kondisi medis lainnya dapat mempengaruhi tekanan darah pada lansia, sering mengkonsumsi beberapa obat sekaligus yang dapat mempengaruhi tekanan darah.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Didapatkan bahwa Tn. J mengatakan bahwa terkadang pasien merasa sering pusing dan hilang timbul dengan skala nyeri 4.

b. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan data bahwa Tn. J mengatakan memiliki sakit hipertensi.

c. Riwayat penyakit dahulu

Didapatkan data bahwa Tn. J mengatakan jika memiliki riwayat hipertensi sejak masih kerja.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih

resiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Tn. J. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan Head to Toe seperti tersebut dibawah ini :

a. Kepala

Kepala Tn. J bentuk simetris, bersih tidak, terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek tidak rontok. Tn. J mengeluh nyeri pusing pada kepala.

P: Tekanan darah tinggi (150/90 mmHg)

Q : Seperti tertekan

R: Kepala bagian belakang

S: Skala 3 (1-10)

T: Hilang timbul terutama pada malam hari

Menurut Sri Agustina dkk (2014), Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan sebuah kondisi medis dimana orang yang tekanan darahnya meningkat diatas normal yaitu 140/90 mmHg dan dapat mengalami resiko kesakitan (morbiditas) bahkan kematian (mortalitas).

Asumsi penulis bahwa untuk menilai kondisi pasien dengan hipertensi bisa melalui beberapa pemeriksaan fisik seperti pemeriksaan tekanan darah, denyut jantung pernapasan dan suhu tubuh juga dilakukan tes laboratorium pemeriksaan urinalisis untuk memeriksa fungsi ginjal, kadar kolesterol dan kadar gula darah dan juga dilakukan pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) untuk mengukur aktivitas listrik jantung dan membantu mendeteksi masalah jantung yang mungkin disebabkan oleh hipertensi

Pada Tn. J ditemukan data saat pengkajian dan pemeriksaan tekanan darah dengan hasil 150/90 mmHg yang artinya tekanan darah pada Tn. J diatas batas normal dan termasuk dalam gejala dan tanda masalah kesehatan hipertensi.

b. Integumen

Pada Tn. J ditemukan data saat pengkajian Tn. J mengeluh gatal pada tubuhnya, Tn. J mengatakan bahwa tidak cocok dengan air di UPTD Griya Werdha sehingga menyebabkan Tn. J timbul gatal-gatal pada tubuhnya.

Menurut Hanna dan Firza (2016), Lesi pada skabies menimbulkan rasa tidak nyaman karena sangat gatal sehingga penderita seringkali menggaruk dan mengakibatkan infeksi sekunder terutama oleh bakteri Grup A Streptococcus dan Staphylococcus aureus. Tungau ini mampu hidup di tempat tidur, pakaian, atau permukaan lain pada suhu kamar selama 2-3 hari, enularan skabies dapat terjadi melalui kontak dengan obyek terinfestasi seperti handuk, selimut, atau lapisan furnitur dan dapat pula melalui hubungan langsung kulit ke kulit.

Menurut asumsi penulis air sendiri tidak selalu menyebabkan gatal di kulit tetapi ada beberapa situasi di mana air dapat menyebabkan terjadinya gatal misalnya paparan air yang terus-menerus atau kelembaban tinggi dapat menyebabkan iritasi pada kulit yang kemudian memicu gatal-gatal, selain itu air yang terkontaminasi atau paparan air dalam lingkungan yang tidak steril dapat menyebabkan infeksi kulit yang berujung gatal dan berair.

4.2 Pengkajian Konsep Lansia

Pada pemeriksaan keseimbangan ditemukan bahwa Tn. J memiliki resiko jatuh rendah, dengan score indeks KATZ “E” yang berarti yaitu kemandiri dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan. Menurut Fredy dkk (2020), diharapkan agar para lansia lebih memperhatikan

kesehatan diri dengan melakukan berbagai kegiatan fisik seperti olahraga dan menjaga keteraturan dalam mengkonsumsi makanan dengan kata lain lanjut usia dihimbau untuk berperilaku hidup sehat.

4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut SDKI (2016) antara lain :

1. Nyeri Kronis
2. Gangguan Pola Tidur
3. Gangguan intergritas kulit/jaringan

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. J, didapatkan data objektif dan data subjektif yang sesuai dengan 4 diagnosa berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016), sebagai berikut :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan

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

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Berdasarkan SDKI (2016), nyeri kronis 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 gejala dan tanda mayor : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Ditandai dengan gejala dan tanda minor : tekanan darah

meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. Pada Tn. J ditemukan data gejala tanda mayor yaitu mengeluh nyeri dan terlihat sulit tidur, disertai dengan tanda minor yaitu tekanan darah meningkat (150/90mmHg). Sehingga penulis mengambil diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur.

Berdasarkan SDKI (2016), gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal. Ditandai dengan gejala dan tanda mayor : mengeluh sulit tidur, mengeluh sulit terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup. Ditandai dengan gejala dan tanda minor : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Pada Tn. J ditemukan data mayor yaitu mengeluh sulit tidur terutama pada saat nyeri kepala dan mengeluh pola tidur berubah, disertai tanda minor yaitu Tn. J tampak jarang tidur siang. Sehingga penulis mengambil diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur.

3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan.

Berdasarkan SDKI (2016), gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social. Ditandai dengan gejala dan tanda mayor : mengeluh tidak nyaman dan gelisah. Ditandai dengan gejala dan tanda minor : mengeluh sulit tidur. tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh Lelah, menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh

berubah, iritabilitas. Pada Tn. J ditemukan data mayor yaitu punggung terasa gatal dan mengeluh tidak nyaman dengan gatalnya, disertai dengan tanda minor yaitu tampak gatal-gatal di tubuhnya. Sehingga penulis mengambil doagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan.

4.4 Tujuan dan Intervensi Keperawatan

Tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dituliskan berdasarkan SLKI (Standar luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan data dan indikasi klien sehingga masalah keperawatan dapat diselesaikan secara komprehensif. Dalam tahap ini penlis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkakn kebutuhan klien.

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.

Penyusunan perencanaan bertujuan agar kemampuan Tn. J dalam mengontrol nyeri meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam. Dengan kriteria hasil, melaporkan nyeri terkontrol, meningkat kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologi meningkat, dan keluhan nyeri menurun.

Rencana keperawatan pada Tn. J dengan nyeri kronis berhubungan dengan agen pencidera fisiologis diantaranya menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan

mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat. Menurut Tomy (2017) bahwa teknik relaksasi napas dalam berpengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri pada lansia. Menurut Sitinjak, V. M. (2016) tingkat pengetahuan lansia yang rendah menimbulkan keterbatasan pengetahuan untuk mencegah, proteksi dini, dan penatalaksanaan nyeri yang tepat guna meningkatkan derajat kesehatan lansia.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis membeikan edukasi manajemen nyeri bertujuan untuk meningkatkan kemandirian lansia untuk mengetahui penyebab nyeri, periode, dan strategi meredakan nyeri, memonitor nyeri secara mandiri, melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menggunakan analgetik secara tepat.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Penyusunan perencanaan pada Tn. J bertujuan agar pola tidur kembali membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun dan keluhan isirahat tidak cukup menurun.

Rencana keperawatan pada Tn. J dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur diantaranya mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi lansia, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur dan mengajarkan relaksasi otot autogenik. Apabila teknik terapi nafas dalam dilakukan pada pasien yang memiliki kualitas tidur yang buruk, mereka akan benar-benar merasa rileks

sehingga dapat membantu memasuki kondisi tidur, karena dengan cara mengendurkan otot-otot secara sengaja akan membuat suasana hati menjadi lebih tenang dan juga lebih santai. Dengan keadaan rileks dan otot-otot yang kendur dapat memberikan kenyamanan sebelum tidur sehingga lanjut usia dapat memulai tidur dengan mudah (Likah, 2008 dalam Cahyaningsih, 2016).

Berdasarkan pernyataan diatas penulis memberi intervensi dukungan tidur yang meliputi mengajarkan relaksasi otot autogenik yang dapat membantu lansia dalam keadaan rieks dan mudah untuk tertidur.

3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan gangguan stimulus.

Penyusunan perencanaan pada Tn. J bertujuan agar gangguan rasa nyaman berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, dengan kriteria hasil keluhan tidak nyaman menurun, kesejahteraan fisik dan psikologis meningkat, perawatan sesuai kebutuhan meningkat

Rencana keperawatan pada Tn. J dengan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan diantaranya identifikasi gejala yang tidak menyenangkan, diskusikan mengenal situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan dan kolaborasi pemberian analgesik, anti prutirus, antihistamin, jika perlu.

Menurut Hanna dan Firza (2016), penatalaksanaan umum meliputi edukasi kepada pasien, yaitu: (a) Mandi dengan air hangat dan keringkan badan; (b) Pengobatan skabisid topikal yang dioleskan di seluruh kulit, kecuali wajah, sebaiknya dilakukan pada malam hari sebelum tidur; (c) Hindari menyentuh mulut

dan mata dengan tangan; (d) Ganti pakaian, handuk, sprei yang digunakan, dan selalu cuci dengan teratur, bila perlu direndam dengan air panas.

pernyataan diatas penulis memberi intervensi dengan pemberian obat tropical ketoconazole cream 2% dengan tujuan membantu meredakan gatal/peradangan kemerahan pada kulit, dan pemberian minyak zaitun dengan tujuan dapat membantu melembabkan kulit.

4.5 Implementasi

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Dimana dalam melakukan tindakan keperawatan penulis tidak melakukan sendiri namun juga dibantu oleh perawat UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya dan profesi lainnya.

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Implementasi keperawatan pada Tn. J dengan nyeri kronis berhubungan dengan agen pencidera fisiologis diantaranya menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

Berdasarkan implementasi diatas, penulis lebih fokus pada edukasi karena nyeri yang dirasakan oleh Tn. J timbul terutama pada saat tekanan darahnya tinggi. Selama pemberian implementasi Tn. J mengungkapkan dan dapat mempraktekkan melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Implementasi keperawatan pada Tn. J dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur diantaranya mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi lansia, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur dan mengajarkan relaksasi otot autogenik.

Berdasarkan implementasi diatas, semua implementasi pada pemenuhan kebutuhan tidur dilakukan oleh perawat kepada Tn. J hal yang sulit untuk dipantau adalah penetapan jadwal tidur dikarenakan saat pukul 21.00 WIB terkadang pintu kamar lansia sudah ditutup dan lampu kamar sudah dimatikan, jadi sedikit sulit untuk memantau atau masuk ke kamar di atas jam tersebut.

3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan.

Implementasi keperawatan pada Tn. J dengan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan diantaranya mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan dan kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin.

Berdasarkan implementasi diatas, penulis merencanakan untuk mengatasi rasa gatal agar berkurang dengan memberikan obat tropikal ketoconazole cream 2% dan minyak zaitun yang dioleskan pada again tubuh Tn. J yang gatal.

4.6 Evaluasi

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Evaluasi pada pemberian intervensi edukasi manajemen nyeri teratasi pada hari ke-3 karena tercapainya tujuan intervensi yaitu Tn. J mampu mengontrol rasa nyeri saat nyeri timbul. Dengan hasil Tn. J mengatakan lebih berhati hati saat menggerakkan tangan kirinya, Tn. J mengatakan melakukan tariknafas dalam saat nyeri dan Tn. J mendapat terapi Amlodipine 3x500mg dikonsumsi sesuai resep.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur .

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan tidur pada Tn. J tercapai pada hari ke-3 karena pola tidur membaik dengan hasil Tn. J mengatakan dengan menerapkan relaksasi autogenik tadi malam tidur sekitar pukul 22.00 WIB dan terbangun pukul 04.00 WIB, dan menetapkan jadwal tidur siang pukul 13.00 – 14.00 WIB.

3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan.

Evaluasi pada pemberian obat tropikal ketoconazole cream 2% yang dioleskan pada kulit tubuh yang gatal, pada hari ke 3 rasa gatal pada tubuh Tn. J berkurang dan tidak tampak peradangan pada kulit tubuh yang gatal.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 Simpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan gerontik yang telah dilakukan oleh penulis ada Tn. J dengan masalah kesehatan hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya, dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

1. Data fokus yang ditemukan saat pengkajian dilakukan Ketika Tn. J sudah berada di UPTD Griya Werdha sedangkan Tn. J mengatakan bahwa Tn. J memiliki penyakit hipertensi sejak sebelum masuk di UPTD Griya Werdha. Saat pengkajian didapatkan Tn. J mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang dan mengeluh sulit tidur terutama ketika timbul nyeri di kepala.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh penulis untuk Tn. J yaitu nyeri kronis berhubungan dengan agen cedera fisiologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dan Gangguan integritas kulit/jaringan dengan gangguan stimulus lingkungan.
3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama diharapkan keluhan nyeri berkurang pada Tn. J dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.

4. Implementasi yang dilakukan terhadap pasien dengan keluhan nyeri yaitu menghancurkan pasien untuk relaksasi nafas dalam bila nyerinya timbul, untuk keluhan gangguan pola tidur implementasinya yaitu memfasilitasi pasien untuk tidur Dan menganjurkan pasien tidur tepat waktu, untuk implementasi gangguan integritas kulit yaitu dengan merawat bagian kulit yang mengalami iritasi atau gangguan dengan mengoleskan salep ketoconazole 2% dan memberikan minyak zaitun setelah mandi.
5. Hasil evaluasi pada tanggal 15 Januari 2022 didapatkan Tn. J mampu mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil skala nyeri 1 (1-10), Tn. J mampu mengubah pola tidur dengan tidur lebih awal ketika malam hari dan menerapkan tidur pada siang hari, sedangkan gatalgatal pada kulit tubuh Tn. J tampak mereda setelah diberikan pengobatan tropikal sesuai kebutuhan.

5.2 Saran

1. Bagi lansia

Diharapkan lansia mampu mencari jalan keluar atas masalah yang dihadapi, meminta bantuan kepada perawat jika tidak dapat melakukan aktivitas sendiri dan menerapkan relaksasi autogenik agar memiliki kualitas tidur lebih baik.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mampu memberi pemantauan lebih menyeluruh dan lebih sering terhadap lansia terutama dengan masalah kesehatan hipertensi. Diharapkan perawat selalu mengontrol perkembangan nyeri pada lansia yang mengalami masalah kesehatan hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrian, S. J. (2019). Diagnosis dan tatalaksana terbaru pada dewasa. *Cdk-274*, 46(3), 172–178. <http://www.cdkjournal.com/index.php/CDK/article/view/503%0A>Diakses pada tanggal 28 oktober 2020
- Afrizal. (2018). Permasalahan Yang Dialami Lansia. *Islamic Counseling*, 2(2), 2.
- Agustina, S., Sari, S. M., & Savita, R. (2014). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi Pada Lansia di Atas Umur 65 Tahun. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(4), 180–186. <https://doi.org/10.25311/keskom.vol2.iss4.70>
- Anshari, Z. (2020). Komplikasi Hipertensi Dalam Kaitannya Dengan Pengetahuan Pasien Terhadap Hipertensi Dan Upaya Pencegahannya. *Jurnal Penelitian Keperawatan Medik*, 2, 54–61. <https://doi.org/10.36656/jpkm.v2i2.289>
- Aryana, S., Astika, N., & Kuswardhani, T. (2018). Geriatric Opinion 2018. *Geriatric Opinion 2018, December*, 11.
- Farrar, G. R., & Zhang, H. (2023). Pedoman Tatalaksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskular. *Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia*, 42(7), 2413. <https://doi.org/10.1103/PhysRevD.42.2413>
- Hapsari, B. D. A., Adhiputri, A., Suryawati, B., Reviono, R., Sutanto, Y. S., Harsini, H., Marwoto, M., Rosita, M. T., & Rosidi, M. A. (2023). Peningkatan Pengetahuan mengenai Upaya Berhenti Merokok pada Kader dan Tenaga Kesehatan. *Smart Society Empowerment Journal*, 3(3), 84–89. <https://doi.org/10.20961/ssej.v3i3.79224>
- Hasanah, U. (2019). Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi). *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(1), 87. <https://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/2016/10/Tekanan-Darah-Tinggi-Hipertensi.pdf>
- Herdiani, N., Ibad, M., & Wikurendra, E. A. (2021). Pengaruh Aktivitas Fisik Dan Obesitas Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Klampis Ngasem Kota Surabaya. *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 114. <https://doi.org/10.31602/ann.v8i2.5561>
- Kemenkes. (2021). *Hipertensi Penyebab Utama Penyakit Jantung, Gagal Ginjal, dan Stroke*. <https://www.kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/hipertensi-penyebab-utama-penyakit-jantung-gagal-ginjal-dan-stroke>
- Kemenkes. (2022). *Kendalikan Hipertensi dengan gerakan PATUH*. <https://ayosehat.kemkes.go.id/kendalikan-hipertensi-dengan-gerakan-patuh>
- Kikawada, R., & Tsuyusaki, T. (2020). Characteristics of hypertension in the elderly. *Nippon Rinsho. Japanese Journal of Clinical Medicine*, 50 Suppl(2), 337–343.

- Nurhikmawati, Rizky, A., Handayani, I., & Widusawa. (2020). Karakteristik Faktor Risiko Hipertensi. *Indonesian Journal of Health*, 1(1), 53–73. <http://citracendekiacelebes.org/index.php/INAJOH>
- Panggabean, M. S. (2023). Penatalaksanaan Hipertensi Emergensi. *Cermin Dunia Kedokteran*, 50(2), 82–91. <https://doi.org/10.55175/cdk.v50i2.520>
- Pintaningrum, Y., Rahmat, B., & Ermawan Romi. (2019). Buku Ajar Ilmu Penyakit Jantung. *PT. Percetakan Bali*, 129–142.
- Pragholapati, A., Ardiana, F., & Nurlianawati, L. (2021). Gambaran Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia (Lansia). *Jurnal Mutiara Ners*, 4(1), 14–23. <https://doi.org/10.51544/jmn.v4i1.1269>
- Riadi, M. (2020). *Lansia (Pengertian, Batasan, Kelompok dan Teori Penuaan)*. <https://www.kajianpustaka.com/2020/04/lansia-pengertian-batasan-kelompok-dan-teori-penuaan.html>
- Safitri, T. (2023). *Berbagai Penyebab Hipertensi yang Harus Anda Ketahui*. <https://hellosehat.com/jantung/hipertensi/penyebab-hipertensi/>
- Setiyorini, Wulandari, & Efyuwinta. (2020). Hubungan kadar gula darah dengan tekanan darah pada lansia penderita Diabetes Tipe 2. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)* (2018) 5(2) 163-171.
- Smeltzer, & Bare. (2017). *Penyebab dan Kriteria Hipertensi*. 5–24. [http://repo.iain-tulungagung.ac.id/5510/5/BAB 2.pdf](http://repo.iain-tulungagung.ac.id/5510/5/BAB%202.pdf)
- Susanto, D. (2021). Perilaku Perawatan Diri Lansia Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 (T2Dm). *Jurnal Penelitian Keperawatan Kontemporer*, 1(2), 39–51. <https://doi.org/10.59894/jpkk.v1i2.193>
- Sya'diyah, H. (2018a). *Gejala, Penyebab, dan Penanganan Hipertensi*. 257.
- Sya'diyah, H. (2018b). *Keperawatan Usia Lanjut Teori Dan Aplikasi* (1st ed.). Indomedia Pustaka.

Lampiran 1**DAFTAR RIWAYAT HIDUP
(*CURRICULUM VITAE*)****A. Identitas diri**

Nama : Febri Navy Haryono
Tempat/tgl lahir : Kediri, 27 Februari 1995
Alamat : Jl.Tugu Rt/Rw 04/02 Ds.Wates, Kecamatan Pagu,
Kabupaten Kediri
Nama Ayah : Wijono Heri.P (Alm)
Nama Ibu : Suhartatik
No. Telepon : 0895419019292
E-mail : Febrinavy029@gmail.com

A. Riwayat pendidikan

1. Lulus Tahun 2007 : SDN 1 WATES
2. Lulus Tahun 2010 : SMPN 1 PAGU
3. Lulus Tahun 2013 : SMAN 1 KEDIRI
4. Lulus Tahun 2024 : D3 Keperawatan STIKES Hang tuah Surabaya.

Lampiran 2**MOTTO & PERSEMBAHAN****MOTTO**

“Tetaplah Rendah Hati Dan Bersyukur, Maka Bahagiamu Akan Semakin Bertambah”

PERSEMBAHAN

Kupersembahkan Karya Ilmiah Akhir yang sederhana ini kepada :

1. Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada saat penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Orangtua (Ibu Suhartatik) yang telah melahirkan dan selalu mendoakan untuk kesuksesan kami.
3. Istri (Nabillah Hanny Farianty) yang selalu memberi dukungan dan motivasi dalam menjalani pendidikan, Serta Anak (Shaynala Azzaira Putri Navy) menjadi penyemangatku dalam bekerja dan belajar.
4. Rekan-rekan Kumara 27 D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberi dukungan dan motivasi belajar yang luar biasa, sehingga kita bisa bersama-sama menyelesaikan tugas belajar dengan sukses dan lancar.

Lampiran 3

 <p style="text-align: center;">PRODI D3 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA</p>	
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	PENGUKURAN TEKANAN DARAH
Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui tekanan darah/tensi.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua pasien baru. 2. Pasien yang memiliki penyakit hipertensi, jantung dan penyakit kronis lainnya.
Tujuan	Mengetahui tekanan darah.
Persiapan tempat dan alat	Baki berisi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sphignomanometer air raksa/jarum yang siap pakai. 2. Stetoskop. 3. Buku catatan. 4. Alat tulis.
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan. 2. Atur posisi pasien dalam keadaan rileks berbaring atau duduk.
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur pencahayaan. 2. Tutup pintu dan jendela. 3. Mengatur suasana yang nyaman (tenang/tidak berisik).
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Memberi tahu pasien bahwa tindakan segera dilaksanakan. 3. Letakkan tensi meter di samping atas lengan yang akan dipasang manset pada titik paralax. 4. Meminta /membantu pasien untuk membuka/menggulung lengan baju sebatas bahu. 5. Pasang manset pada lengan bagian atas sekitar 3 cm di atas fossa cubiti dengan pipa karet di lengan atas. 6. Memakai stetoskop pada telinga. 7. Meraba arteri brakhialis dengan jari tengah dan telunjuk.

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Meletakkan stetoskop bagian bell di atas arteri brakhialis. 9. Mengunci skrup balon karet. 10. Pengunci air raksa dibuka. 11. Balon dipompa lagi sehingga terlihat air raksa di dalam pipa naik (30 mm Hg) sampai denyut arteri tidak terdengar. 12. Membuka skrup balon dan menurunkan tekanan perlahan kira-kira 2 mm Hg/detik. 13. Mendengar dengan teliti dan membaca skala air raksa sejajar dengan mata, pada skala berapa mulai terdengar bunyi denyut pertama sampai suara denyut terakhir terdengar lambat dan menghilang. 14. Mencatat denyut pertama sebagai tekanan sistolik dan denyut terakhir sebagai tekanan diastolik. 15. Pengunci air raksa ditutup kembali. 16. Melepas stetoskop dari telinga. 17. Melepas manset dan digulung dengan rapi dan dimasukkan dalam kotak kemudian ditutup. 18. Merapikan pasien dan mengatur kembali posisi seperti semula. 19. Memberi tahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan. 20. Alat-alat dirapikan dan disimpan pada tempatnya. 21. Mencuci tangan.
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat waktu pelaksanaan tindakan 2. Catat respons pasien 3. Paraf dan nama perawat juga
Referensi	Standar Operasional Prosedur DPP PPNI, 2021

Lampiran 4

 <p style="text-align: center;">PRODI PENDIDIKAN D3 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA</p>	
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	MANAJEMEN NYERI
Pengertian	<p>Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri.</p> <p>Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien dengan tepat 2. Pikiran beristirahat 3. Lingkungan yang tenang
Tujuan	Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri.
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> a. Membaca status pasien b. Mencuci tangan c. Menyiapkan alat 2. Tahap orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan salam terapeutik b. Validasi kondisi pasien c. Menjaga privacy pasien d. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/jelas 2. Atus posisi pasien agar rileks tanpa adanya beban fisik 3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik napas dalam sehingga rongga paru berisi udara, instruksikan pasien dengan cara perlahan. 4. Menghembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap

	<p>anggota tubuh, pada saat bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmatnya rasanya</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Instruksikan pasien buat bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2) menit 6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskannya dengan cara perlahan. 7. Merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki menuju ke paru- paru seterusnya rasakan udara mengalir ke seluruh bagian anggota tubuh 8. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya.
Tahap terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil kegiatan 2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 3. Akhiri kegiatan dengan baik 4. Cuci tangan
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat waktu pelaksanaan tindakan 2. Catat respons pasien 3. Paraf dan nama perawat juga
Referensi	Standar Operasional Prosedur DPP PPNI, 2021