

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.G DENGAN MASALAH
HIPERTENSI DI UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN SURABAYA**



Oleh :

ARIF RAHMAN SYAIFULLAH, S.Kep.
NIM. 2130051

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK ASUHAN KEPERAWATAN
GERONTIK PADA TN.G DENGAN MASALAH HIPERTENSI DI UPTD
GRIYA WREDA JAMBANGAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :

ARIF RAHMAN SYAIFULLAH, S.Kep.
NIM. 2130051

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya 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, 21 Juli 2022
Penulis

Arif Rahman Syaifullah, S.Kep
2130051

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Arif Rahman Syaifullah, S.Kep

NIM : 2130051

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn.G Dengan Masalah
Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

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

NERS (Ns)

Surabaya, 21 Juli 2022

Pembimbing

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Ibu Dr.A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners dan selaku pembimbing yang selalu memberikan motivasi dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan membimbing saya demi penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Seluruh dosen dan staf karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
6. Teman-teman sealmamater Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 21 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.5 Metode Penulisan.....	4
1.5.1 Metode	4
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	4
1.5.3 Sumber Data.....	4
1.6 Sistematika Penulisan	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Lansia.....	6
2.1.1 Definisi Lansia.....	6
2.1.2 Klasifikasi lansia.....	7
2.1.3 Proses Menua.....	7
2.1.4 Tipe Lansia.....	9
2.1.5 Tugas Perkembangan Lansia	11
2.2 Konsep Hipertensi.....	11
2.2.1 Definisi Hipertensi.....	10
2.2.2 Patofisiologi Hipertensi	13
2.2.3 Klasifikasi Hipertensi.....	13
2.2.4 Manifestasi Hipertensi	14
2.2.5 Faktor Resiko Hipertensi	14
2.2.6 Tanda dan Gejala Hipertensi.....	15
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang Hipertensi.....	15
2.2.8 Penatalaksanaan Hipertensi	16
2.3 Konsep Nyeri	16
2.3.1 Definisi Nyeri.....	16
2.3.2 Klasifikasi Nyeri	16
2.3.3 Fisiologi Nyeri	17
2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri.....	18
2.3.5 Pengkajian Nyeri.....	19
2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri	22

2.4	(WOC) Web Of Caution	24
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan	25
2.5.1	Pengkajian.....	25
2.5.2	Diagnosa keperawatan (PPNI, 2016)	27
2.5.3	Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018a)	28
2.6	Konsep Instrumen	31
2.6.1	Pengertian SPMSQ	31
2.6.2	Format SPMSQ.....	31
BAB 3	TINJAUAN KASUS	32
3.1	Pengkajian.....	32
3.2	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan.....	52
3.3	Pemeriksaan Penunjang	55
3.4	Analisa Data (Diagnosa Keperawatan).....	55
3.5	Prioritas Masalah	56
3.6	Intervensi Keperawatan	57
3.7	Implementasi Keperawatan.....	60
BAB 4	PEMBAHASAN	65
4.1	Pengkajian.....	65
4.2	Diagnosa	68
4.3	Perencanaan	70
4.4	Pelaksanaan dan Evaluasi	72
BAB 5	PENUTUP.....	74
5.1	Simpulan	74
5.2	Saran	75
	DAFTAR PUSTAKA	79
	LAMPIRAN.....	80

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penggolongan Batasan Usia Lansia	7
Tabel 2.2 Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)	14
Tabel 3.1 Analisa Data	55
Tabel 3.2 Prioritas Masalah.....	56
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	57
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.3 Visual Analog Scale (VAS).....	20
Gambar 2.4 Numeric Rating Scale (NRS).....	21
Gambar 2.5 Visual Analog Scale (VAS).....	21

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	79
Lampiran 2 Motto dan persembahan.....	80

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

ROM	: <i>Range Of Motion</i>
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
S	: Suhu
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SPMSQ	: <i>Short Portable Mental Status Quesioner</i>
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda-tanda Vital
VAS	: <i>Visual Analog Scala</i>
VDS	: <i>Verbal Descriptive Scala</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
NRS	: <i>Numerical Rating Scala</i>
MPQ	: <i>McGill Pain Questionnaire</i>
BPI	: <i>The Brief Pain Inventory</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada umumnya lansia akan mengalami berbagai gejala akibat terjadinya penurunan fungsi biologis (penurunan fungsi biologis pada lansia merupakan menurunnya struktur pembuluh darah dan organ-organ tubuh pada manusia), psikologis (psikologis lansia akan terganggu dikarenakan rasa takut kematian atau perubahan postur tubuh lansia), sosial dan ekonomi (sosial dan ekonomi pada lansia akan berubah dengan mengalami pensiunan). Menurut (Alfian, 2015) penderita hipertensi mayoritas mempunyai keluhan bergantung pada tanda dan gejala yang dirasakan tanpa peduli terhadap penanganan yang lebih intensif dan tepat. Kondisi ini dapat diakibatkan karena kurangnya pengetahuan masyarakat pada penyakit hipertensi serta penanganan yang baik dan tepat secara rutin (Suprayitno and Huzaimah 2020).

Menurut Agoes Hipertensi atau penyakit “darah tinggi” merupakan kondisi ketika seseorang mengalami kenaikan tekanan darah baik secara lambat atau mendadak. Diagnosis hipertensi ditegakkan jika tekanan darah sistol seseorang menetap pada 140 mmHg atau lebih. Nilai tekanan darah yang paling ideal adalah 115/75 mmHg. Penyakit hipertensi akan menjadi masalah yang serius, karena jika tidak ditangani sedini mungkin akan berkembang dan menimbulkan komplikasi yang berbahaya seperti terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongestif, stroke, gangguan penglihatan, dan penyakit ginjal (Chowdhury, Iinatti, and Pirinen 2008).

Semakin bertambah umur seseorang semakin banyak pula penyakit yang muncul dan sering diderita khususnya pada lansia atau lanjut usia. Pada usia lanjut akan terjadi berbagai kemunduran pada organ tubuh, Data WHO tahun 2000 menunjukkan, di seluruh dunia sekitar 972 juta orang atau 26,4% penghuni bumi mengidap hipertensi dengan perbandingan 26,6% pria dan 26,1% wanita. Angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Dari 972 juta pengidap hipertensi, 333 juta berada di negara maju dan 639 sisanya berada di negara sedang berkembang, termasuk Indonesia (Chowdhury, Inatti, and Pirinen 2008)

Banyak faktor yang berperan untuk terjadinya hipertensi meliputi risiko yang tidak dapat dikendalikan (mayor) dan faktor risiko yang dapat dikendalikan (minor). Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan (mayor) seperti keturunan, jenis kelamin, ras dan usia. Sedangkan faktor risiko yang dapat dikendalikan (minor) yaitu obesitas, kurang olah raga atau aktivitas, merokok, minum kopi, sensitivitas natrium, kadar kalium rendah, alkoholisme, stress, pekerjaan, pendidikan dan pola makan (Chowdhury, Inatti, and Pirinen 2008).

Meningkatnya kejadian penyakit darah tinggi mengakibatkan jumlah kematian serta terjadinya resiko komplikasi akan semakin bertambah setiap tahunnya. Penyebab keadaan ini karena hipertensi angka kejadiannya masih sangat tinggi di wilayah yang berpenghasilan rendah dan terjadi pada usia lanjut. diperlukan solusi terbaik untuk mengatasi hipertensi (Suprayitno and Huzaimah 2020).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk membuat suatu karya tulis ilmiah dengan judul “ Asuhan keperawatan Gerontik pada Tn.G dengan diagnose medis Hipertensi dengan masalah keperawatan utama Nyeri kronis.”. Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat kepada lansia penderita Hipertensi

dengan nyeri diantaranya adalah dengan terapi non-farmakologis (olahraga dan aktivitas rutin) dan terapi farmakologis (pemberian obat penurun hipertensi), tindakan ini sangat efektif untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh lansia penderita Hipertensi.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan penyakit hipertensi ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan membuat rumusan masalah tentang “Bagaimana pelaksanaan Asuhan keperawatan Gerontik pada Tn.G dengan diagnose medis Hipertensi dengan masalah keperawatan utama Nyeri kronis.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada Tn.G dengan diagnosa medis Hipertensi dengan masalah keperawatan utama Nyeri kronis di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan masalah kesehatan gangguan sistem *musculoskeletal* Hipertensi dengan masalah keperawatan utama Nyeri kronis di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan gangguan sistem *musculoskeletal* Hipertensi dengan masalah keperawatan utama Nyeri kronis di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan gerontik pada klien dengan masalah kesehatan gangguan sistem *musculoskeletal* Hipertensi dengan masalah

keperawatan utama Nyeri kronis di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka tujuan akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat yaitu menjadi masukan bagi pelayanan keperawatan gerontik agar dapat melakukan asuhan keperawatan dengan baik, dapat menjadi salah satu rujukan bagi penelitian berikutnya, sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode penulisan yang digunakan pada karya ilmiah akhir ini adalah metode studi kasus.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Adapun langkah-langkah yang diambil penulisan dalam karya ilmiah akhir ini yaitu studi kepustakaan, observasi dan pemeriksaan.

1.5.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan yaitu data primer, sekunder dan studi kepustakaan.

1.6 Sistematika Penulisan

Secara keseluruhan studi karya ilmiah akhir ini dibagi menjadi 3 bagian, yaitu terdiri dari bagian awal yaitu terdiri dari halaman judul, halaman pernyataan hasil karya sendiri, persetujuan komisi pembimbing, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel,

daftar gambar, dan daftar lampiran. Bagian inti memuat bab 1 pendahuluan, bab 2 tinjauan pustaka, bab 3 tinjauan kasus, bab 4 pembahasan dan bab 5 penutup. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini membahas mengenai konsep, landasan teori dari berbagai aspek yang terkait dengan topik asuhan keperawatan, yang meliputi : 1) Konsep Lansia, 2) Konsep Risiko, 3) Konsep Anatomi dan Fisiologi, 4) Konsep Dasar Penyakit, 5) Konsep Asuhan Keperawatan, 6) Konsep Instrumen.

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Definisi Lansia, Santrock (2002) mengatakan ada dua pandangan tentang definisi orang lanjut usia atau lansia, yaitu menurut pandangan orang barat dan orang Indonesia. Pandangan orang barat menyebutkan bahwa yang tergolong lansia adalah orang yang sudah berumur 65 tahun ke atas, dimana usia ini akan membedakan seseorang masih dewasa atau sudah lanjut usia. Di pihak lain, pandangan orang Indonesia menyebutkan bahwa lansia adalah orang yang berumur 60 tahun ke atas. Lansia merupakan suatu proses yang alami, setiap orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana manusia akan mengalami penurunan fisik, mental dan sosial secara bertahap (Hanum and Lubis 2017). Karakteristik lansia termasuk sebagai faktor pencetus (predisposing factor) yang berhubungan dengan kejadian stroke pada lansia yang meliputi : jenis kelamin, usia, suku, pendidikan. Menurut Lewis et al (2007), usia, jenis kelamin dan ras juga termasuk kedalam faktor risiko terjadinya stroke (Hanum and Lubis 2017).

Di kalangan para lansia penurunan fungsi kognitif merupakan penyebab terbesar terjadinya ketidakmampuan dalam melakukan aktifitas normal sehari-hari, dan juga merupakan alasan tersering yang menyebabkan terjadinya ketergantungan

terhadap orang lain untuk merawat diri sendiri (care dependence) pada lansia (Mongisidi, Tumewah, and Kembuan 2013)

2.1.2 Klasifikasi lansia

Di Indonesia seseorang disebut lansia apabila ia telah memasuki atau mencapai 60 tahun lebih. Dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu: Usia pertengahan (middle age) 45 -59 tahun, Lanjut usia (elderly) 60 -74 tahun, lanjut usia tua (old) 75 – 90 tahun dan usia sangat tua (very old) di atas 90 tahun.

WHO menggolongkan batasan usia lansia menjadi empat sesuai tabel di berikut ini:

No	Golongan Lansia	Usia/umur
1	Usia pertengahan (<i>Middle age</i>)	45-59 tahun
2	Lanjut Usia (<i>Eldery</i>)	60-74 tahun
3	Lanjut Usia Tua (<i>Old</i>)	75-90 tahun
4	Sangat Tua (<i>Very Old</i>)	>90 tahun

Tabel 2. 1 Penggolongan Batasan Usia Lansia menurut WHO dalam (Andini et al. 2013)

2.1.3 Proses Menua

Proses menua pada hakikatnya akan menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan biologis pada lansia. Perubahan-perubahan ini tidak hanya dialami oleh lansia dengan kondisi sakit tetapi juga lansia yang diketahui sebagai lansia sehat.

Menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua bukanlah suatu penyakit. Menua merupakan proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan tubuh untuk mempertahankan struktur dan fungsi normal. Proses ini ditandai dengan

terjadinya kehilangan jaringan pada susunan saraf, otot, dan jaringan lain secara perlahan sehingga tubuh mati sedikit demi sedikit (Salah satu perubahan anatomi pada sistem muskuloskeletal yang terjadi pada proses menua adalah berkurangnya massa otot, degenerasi miofibril, tendon mengerut, dan atrofi serabut otot. Perubahan anatomi tersebut berdampak pada penurunan kekuatan otot. Kekuatan otot merupakan komponen utama dari keseimbangan tubuh. Penurunan kekuatan otot mengakibatkan penurunan kemampuan mempertahankan keseimbangan tubuh dan peningkatan risiko jatuh (Manangkot, Sukawana, and Witarsa 2016).

1. Usia

Studi Framingham menunjukkan bahwa seseorang yang berusia 63-70 tahun memiliki bukti radiografik menderita hipertensi sebesar 27%, yang meningkat mencapai 40% pada usia 80 tahun atau lebih. Studi lain membuktikan bahwa risiko seseorang mengalami gejala timbulnya stroke mulai usia 50 tahun.

2. Jenis kelamin

Wanita lebih tinggi kemungkinannya untuk menderita penyakit *osteoarthritis*, terutama saat seorang wanita telah mengalami *menopause*.

2. Faktor Penyakit Lain

Penyakit lain yang mempengaruhi hipertensi yaitu pola makan dan pola hidup yang tidak teratur.

3. Keturunan

Riwayat penyakit hipertensi dalam keluarga sangat berpengaruh, karena penyakit hipertensi cenderung menurun dalam keluarga.

4. Aktivitas Fisik

Pekerjaan yang banyak berlutut atau berjongkok lebih dari satu jam. Pekerjaan yang banyak mengangkat, menaiki tangga atau berjalan. Pekerjaan yang memberikan stress berulang pada satu atau kelompok sendi, misalnya petani, pengemudi bus, dan penambang. Olah raga yang memberikan tekanan langsung pada sendi (misal sepak bola) atau melempar.

2.1.4 Tipe Lansia

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

Dijelaskan bahwa banyak ditemukan bermacam-macam tipe lansia menurut (Nugroho 2000), diantaranya:

1. Tipe arif bijaksana

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

2. Tipe mandiri

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

3. Tipe bingung

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

4. Tipe tidak puas

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

5. Tipe pasrah

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

2.1.5 Tugas Perkembangan Lansia

Erickson dalam Padilla (2013) membagi tugas perkembangan lansia yaitu:

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

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

1. Kematangan fisik
2. Harapan dan kebudayaan masyarakat

3. Nilai-nilai individu dan aspirasi
4. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

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). Penyakit ini sering dikatakan sebagai the silent diseases. Faktor resiko hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu hipertensi yang tidak bisa diubah dan hipertensi yang dapat diubah. Hipertensi yang dapat diubah meliputi merokok, obesitas, gaya hidup yang monoton dan stres. Hipertensi yang tidak dapat dirubah meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, faktor keturunan (Guèze and Napitupulu 2016)

2.2.2 Patofisiologi Hipertensi

Hipertensi kronik yaitu menjadi penyebab utama pembuluh arteriona mengalami perubahan patologi dimana dinding pembuluh darah tersebut berupa hipohialinosis, nekrosis fibrinoid serta timbulnya aneurisme tipe bouchard. Arterional-arterional yang terdapat dari cabang-cabang lentikulostrate, cabang ini menembus ke arteriostalamus dan bercabang-cabang ke paramedian arteria vertebra-basilar yang kemudian mengalami perubahan-perubahan degeneratif yang sama. Kenaikan tekanan darah yang “abrupt” atau mengalami kenaikan dalam jumlah yang sangat mencolok hal tersebut dapat mengedukasi pecahnya pembuluh darah terutama terjadi pada pagi hari dan juga sore hari. Jika pembuluh darah pecah, maka akan

berlanjut samapai 6 jam dan apabila volumenya besar dapat merusak struktur anatomi otak dan tentunya akan menimbulkan gejala klinik (Nurarif & Kusuma 2015).

Jika pembuluh darah yang timbul memiliki ukuran yang kecil, maka hanya dapat merasuk dan menyala diantara selaput akson dan massa putih akan tampak rusak. Dalam keadaan ini absorpsi darah pun akan diikuti oleh pulihnya fungsi neurologi. Sedangkan pendarahan yang luas akan terjadi distruksi pada massa otak. tingginya penekanan intracranial dan yang lebih berat akan menyebabkan herniasi otak pada falk selebri ataupun lewat foramen magnum. Kematian pun dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemifer otak, dan perdarahan yang menuju batang otak. Kemudian perembesan darah yang menuju ventrikel otak sering kali terjadi sepertiga kasus perdarahan otak pada neklaus kaudatus, thalamus dan pons. Selain terjadinya kerusakan pada parenkim otak, akibat dari volume perdarahan yang telah relative banyak mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranatal dan akan menyebabkan turunnya tekanan perfusi otak serta dapat mengganggu drainase pada otak (Nurarif & Kusuma 2015).

Kristiyawati (2011) yang menyatakan adanya hubungan hipertensi dengan kejadian stroke. Tekanan darah sitemik yang meningkat akan membuat pembuluh darah serebral berkonstriksi. Derajat konstriksi tergantung pada peningkatan tekanan darah. Kenaikan tekanan darah sistemik mengakibatkan tekanan perfusi pada dinding kapiler menjadi tinggi sehingga terjadi hiperemia, edema, dan kemungkinan perdarahan pada otak. Berdasarkan uraian di atas, peneliti menganalisa bahwa klasifikasi hipertensi ada hubungan dengan jenis stroke dikarenakan banyak pasien stroke yang mempunyai riwayat hipertensi dan kebanyakan dari mereka telah

menderita hipertensi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun dan hipertensinya berada pada derajat 2 yaitu tekanan darah sistolnya berada pada rentang >160 dan tekanan diastolnya berada pada rentang >100 mmHg (Ayu 2021).

2.2.1 Klasifikasi Hipertensi

Penelitian yang dilakukan The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) tekanan darah pada orang dewasa diklasifikasikan menjadi 4 kelompok seperti berikut:

Klasifikasi Tekanan Darah	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Pra Hipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	Atau	90-99
Hipertensi Derajat 2	>160	Atau	>100

Tabel 2.2 Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)

Keterangan:

TDS: Tekanan Darah Sistolik

TDD: Tekanan Darah Diastolik

Klasifikasi terkait tekanan darah juga dilakukan oleh World Health Organization (WHO), dan International Society of Hypertension (ISH) (Yudha, Muflikhah, and Wihandika 2018).

2.2.2 Manifestasi Hipertensi

Hipertensi adalah kondisi ketika seseorang mengalami kenaikan tekanan darah baik secara lambat atau mendadak (akut). Hipertensi menetap (tekanan darah tinggi yang tidak menurun) merupakan faktor risiko terjadinya stroke, penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung, gagal ginjal, dan aneurisma arteri (penyakit pembuluh darah). Meskipun peningkatan tekanan darah relatif kecil, hal tersebut dapat menurunkan angka harapan hidup (Agoes dkk, 2010) Penyakit hipertensi akan menjadi masalah yang serius, karena jika tidak ditangani sedini mungkin akan berkembang dan menimbulkan komplikasi yang berbahaya seperti terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongestif, stroke, gangguan penglihatan, dan penyakit ginjal (Chowdhury, Iinatti, and Pirinen 2008).

2.2.3 Faktor Resiko Hipertensi

Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat risiko hipertensi. Kejadian hipertensi makin meningkat dengan bertambahnya usia. Hal ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon. Hipertensi pada usia kurang dari 35 tahun akan menaikkan insiden penyakit arteri koroner dan kematian premature (Chowdhury, Iinatti, and Pirinen 2008). Hipertensi dapat dicegah dengan menghindari faktor penyebab terjadinya hipertensi dengan pengaturan pola makan, gaya hidup yang benar, hindari kopi, merokok dan alkohol, mengurangi konsumsi garam yang berlebihan dan aktivitas yang cukup seperti olahraga yang teratur (Chowdhury, Iinatti, and Pirinen 2008)

2.2.4 Tanda dan Gejala Hipertensi

Hipertensi dapat menimbulkan kecacatan yang permanen dan bahkan keamtian yang mendadak. Pencegahan dan penanggulangan hipertensi di dalam masyarakat dapat dilakukan dengan meningkatkan kesadaran dalam merubah pola hidup kearah yang lebih sehat, tanda dan gejala hipertensi yaitu (Yudha, Muflikhah, and Wihandika 2018) :

1. Pusing
2. Sering gelisah
3. Tengukuk pegal
4. Telinga sering berdengung
5. Mimisan
6. Sesak nafas
7. Mata berkunang-kunang

2.2.7 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan lebih lanjut terhadap hipertensi bisa dilakukan dengan uji laboratorium jika pasien mengalami resistensi terhadap suatu obat dan menemukan bentuk risiko hipertensi sekunder. Pemeriksaan lainnya dapat menggunakan elektrodigram (EKG) untuk melihat gejala dari risiko hipertensi sekunder .

Pemeriksaan ini terdiri dari (Yudha, Muflikhah, and Wihandika 2018):

1. Tes darah
2. Tes glukosa
3. Pemeriksaan kolesterol HDL dan LDL
4. Pemeriksaan kadar Trigliserida
5. Pemeriksaan kadar asam urat

6. Pemeriksaan kadar kreatinin
7. Pemeriksaan kadar hemoglobin dan hematocrit

2.2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dapat dilakukan melalui beberapa cara menurut (Dr Eleanor Bull, 2007):

1. Aktivitas: Sedapat mungkin tetap bergerak aktif.
2. Tirah Baring: Tidak dianjurkan sebagai terapi, tetapi pada beberapa kasus dapat dilakukan tirah baring 2-3 hari pertama untuk mengurangi nyeri.
3. Medikasi: Penghilang nyeri atau obat analgesic menurut resep dokter.

2.1 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik yang multidimensional. Fenomena ini dapat berbeda dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, seperti terbakar, tajam), durasi (transien, intermiten, persisten), dan penyebaran (superfisial atau dalam, terlokalisir atau difus). Meskipun nyeri adalah suatu sensasi, nyeri memiliki komponen kognitif dan emosional, yang digambarkan dalam suatu bentuk penderitaan. Nyeri juga berkaitan dengan reflex menghindar dan perubahan output otonom (Meliala 2013)

Nyeri merupakan pengalaman yang subjektif, sama halnya saat seseorang mencium bau harum atau busuk, mengecap manis atau asin, yang kesemuanya merupakan persepsi panca indera dan dirasakan manusia sejak lahir. Walau

demikian, nyeri berbeda dengan stimulus panca indera, karena stimulus nyeri merupakan suatu hal yang berasal dari kerusakan jaringan atau yang berpotensi menyebabkan kerusakan jaringan (Meliala 2013).

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri menurut (Nandar 2018) secara umum dibagi menjadi dua yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut dihubungkan dengan kerusakan jaringan dan durasi yang terbatas setelah nosiseptor kembali ke ambang batas resting stimulus istirahat. Nyeri akut ini dialami segera setelah pembedahan sampai tujuh hari.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik bisa dikategorikan sebagai malignan atau nonmalignan yang dialami pasien selama 1-6 bulan. Nyeri kronik malignan biasanya disertai kelainan patologis dan terjadi pada penyakit yang life-limiting disease seperti kanker, *end-stage organ dysfunction*, atau infeksi HIV. Nyeri kronik kemungkinan mempunyai elemen nosiseptif dan neuropatik. Nyeri kronik nonmalignant (nyeri punggung, migrain, artritis, diabetik neuropati) sering tidak disertai kelainan patologis yang terdeteksi dan perubahan neuroplastik yang terjadi pada lokasi sekitar (dorsal horn pada spinal cord) akan membuat pengobatan menjadi lebih sulit.

2.3.3 Fisiologi Nyeri

Menurut (Meliala 2013) mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses yaitu:

a. Transduksi

Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

b. Transmisi

Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

c. Modulasi

Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (*midbrain*) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

d. Persepsi

Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen.

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Zakiyah (2015), antara lain :

1. Usia
2. Perhatian
3. Ansietas
4. Mekanisme coping individu
5. Kelelahan (Putri 2019).

2.3.5 Pengkajian Nyeri

Secara garis besar, penilaian nyeri terbagi menjadi 2, yaitu penilaian nyeri unidimensional dan penilaian nyeri multidimensional :

1. Penilaian nyeri unidimensional

Penilaian ini digunakan untuk evaluasi hasil pemberian analgesik. Penilaian ini dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa alat ukur, yaitu *Visual Analog*

Scala (VAS), Numeric Rating Scala (NRS), Wong Baker Faces Scala dan Verbal Descriptive Scala (VDS)

a. *Visual Analog Scala (VAS)*

VAS ini menggunakan satu garis lurus berukuran 100 mm yang memiliki tulisan atau angka dikedua ujungnya, yang mana ujung paling kiri untuk menggambarkan posisi tidak ada nyeri sama sekali (digambarkan dengan angka “0” atau tulisan “tidak nyeri”) serta diujung lainnya menggambarkan posisi nyeri yang sangat hebat (digambarkan dengan angka “100” atau tulisan “nyeri sekali”)



Gambar 2.3 *Visual Analog Scala (VAS)*

b. *Numerical Rating Scala (NRS)*

Skala ini disimpulkan oleh Downie pada tahun 1978 dimana pasien diminta untuk menyatakan tingkat nyeri nya dalam skala numerikal, biasanya antara 0-10, dimana 0 sebagai tidak nyeri dan 10 sebagai sangat nyeri. NRS kemudian dapat dikategorikan lagi menjadi nyeri ringan , sedang dan berat seperti pada VAS



Gambar 2.4 *Numerical Rating Scala (NRS)*

c. *Wong Baker Face Scale*

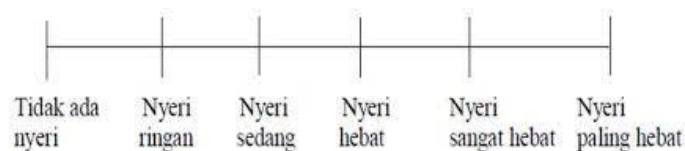
Skala ini dikembangkan oleh Wong dan Baker yang dianjurkan oleh anak-anak usia 3 tahun keatas. Instrumen ini menggunakan urutan gambar wajah yang menggambarkan ekspresi nyeri.



Gambar 2.5 VAS (Visual Analog Scale)

d. *Verbal Descriptive Scala (VDS)*

Skala ini menggunakan kata-kata untuk mendeskripsikan intensitas nyeri atau derajat penurunan nyeri. Biasanya menggunakan kata-kata tidak nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat atau sangat nyeri. VDS pertama kali disampaikan oleh Keele pada tahun 1948 yang lebih sulit digunakan pada pasien pascaoperasi dibanding dengan skala numerikal dan kurang sensitif untuk menilai hasil terapi analgesik dibandingkan dengan VAS.



Gambar 2.8 *Verbal Descriptive Scala (VAS)*

2. Penilaian nyeri multidimensional

Penilaian ini tidak hanya menilai intensitas nyeri, tapi juga menghasilkan informasi tentang karakteristik nyeri dan dampaknya terhadap aspek afektif/emosi dari sensori nyeri. Instrumen penilaian nyeri multi dimensional ini yang umum digunakan yaitu *McGill Pain Questionnaire (MPQ)*, *The Brief Pain Inventory (BPI)*, *Memorial Pain Assesment Card*, dan catatan harian nyeri (*Pain diary*).

Menurut (Nandar 2018) yang harus ditanyakan kepada pasien saat penilaian nyeri dapat disingkat sebagai PQRST, yaitu:

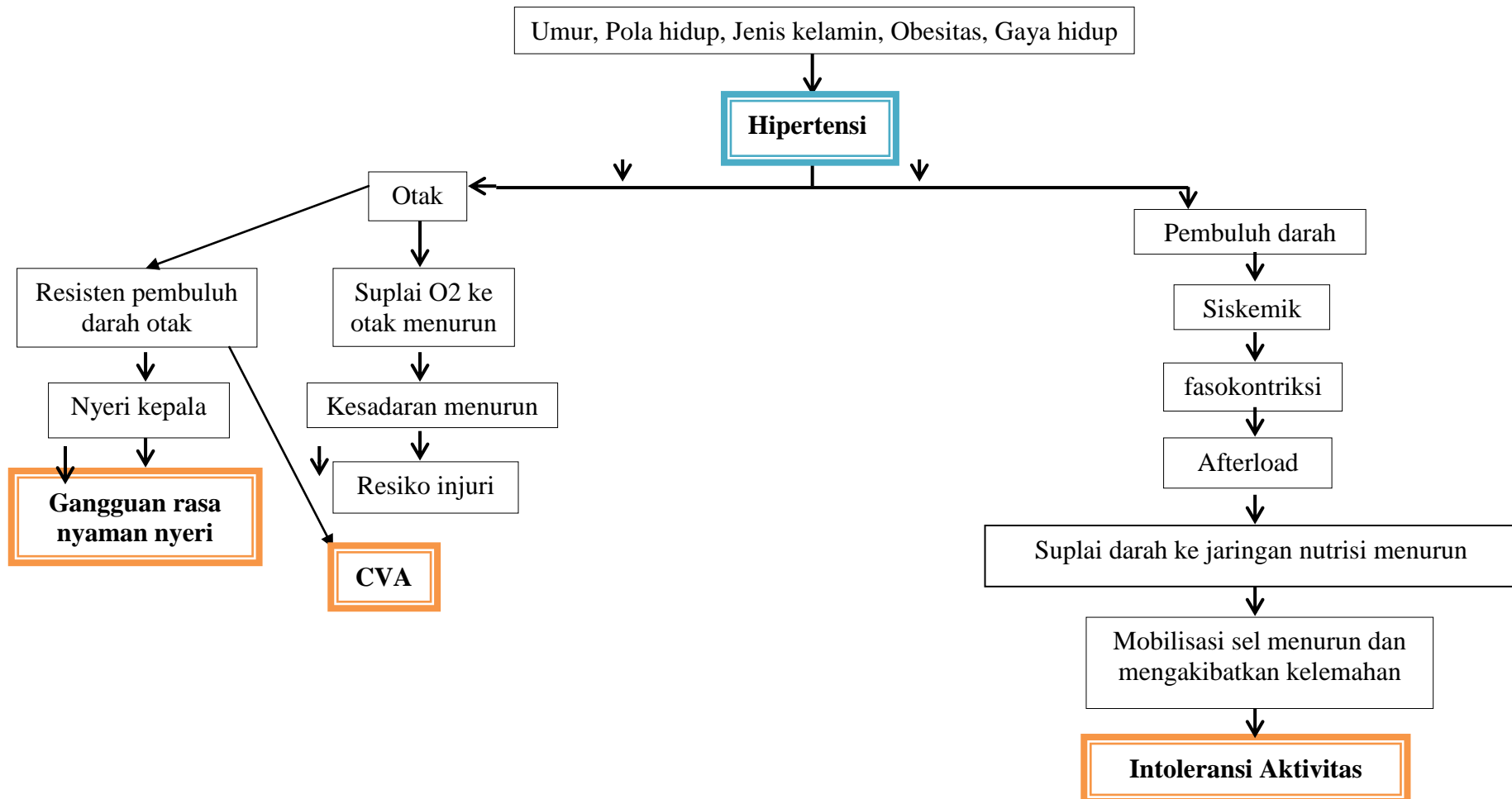
- a. *Position* (lokasi nyeri)
- b. *Quality* (kualitas nyeri)
- c. *Radiation* (penjalaran nyeri)
- d. *Severity* (intensitas nyeri)
- e. *Temporal relationship* (kapan nyeri timbul, terus menerus atau hilang timbul)

2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri menurut (Putri 2019). mencakup tindakan farmakologi dan non farmakologi. Tindakan farmakologis dengan penggunaan obat-obat analgesik. Tindakan non farmakologis antara lain relaksasi, imajinasi terpimpin, aromaterapi, distraksi, massase, pemberian sensasi hangat dan dingin. Aromaterapi merupakan salah satu penatalaksanaan yang dapat menurunkan nyeri. Aromaterapi adalah suatu terapi alternatif yang digunakan sebagai salah satu cara perawatan tubuh dan atau penyembuhan penyakit dengan menggunakan minyak esensial.

Salah satu utama penanganan nyeri tidak adekuat adalah penilaian nyeri yang kurang baik. Kegagalan pasien untuk menyampaikan rasa nyeri yang dialami dapat menyebabkan rasa nyeri tidak tertangani dengan baik pada akhirnya menimbulkan komplikasi medis serius pada pasien nyeri akut (Sulistyowati 2019).

2.2 (WOC) Web Of Caution



2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

1) Identitas Klien.

Nama, umur, jenis kelamin, agama, suku, bangsa, alamat.

2) Keluhan Utama.

Biasanya pasien mengatakan nyeri punggung akut maupun kronis lebih dari 2 bulan, nyeri saat berjalan dengan menggunakan tumit, nyeri menyebar kebagian bawah belakang kaki.

3) Riwayat Penyakit Sekarang.

Tanyakan pada klien sejak kapan keluhan dirasakan, kapan timbulnya keluhan & apakah menetap atau hilang timbul, hal apa yang mengakibatkan terjadinya keluhan, apa saja yang dilakukan untuk mengurangi keluhan yang dirasakan, tanyakan pada klien apakah klien sering mengkonsumsi obat tertentu atau tidak.

4) Riwayat penyakit dahulu.

Tanyakan pada klien apakah klien dulu pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya, apakah klien pernah mengalami kecelakaan atau trauma, apakah klien pernah menderita penyakit gangguan tulang atau otot sebelumnya.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Mengkaji adanya anggota generasi terdahulu yang menderita hipertensi dan diabetes melitus.

6) Pengumpulan Data

a. Aktivitas/istirahat:

Klien akan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan, hilangnya rasa, paralisis, hemiplegi, mudah lelah, dan susah tidur.

b. Sirkulasi

Adanya riwayat penyakit jantung, katup jantung, disritmia, CHF, polisitemia. Dan hipertensi arterial.

c. Integritas Ego.

Emosi labil, respon yang tak tepat, mudah marah, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

d. Eliminasi

Perubahan kebiasaan Bab. dan Bak. Misalnya inkontinencia urine, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara usus menghilang.

e. Makanan/caitan :

Nausea, vomiting, daya sensori hilang, di lidah, pipi, tenggorokan, disfagia

f. Neuro Sensori

Pusing, sinkope, sakit kepala, perdarahan sub arachnoid, dan intrakranial. Kelemahan dengan berbagai tingkatan, gangguan penglihatan, kabur, dyspalopia, lapang pandang menyempit. Hilangnya daya sensori pada bagian yang berlawanan dibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.

g. Nyaman/nyeri

Sakit kepala, perubahan tingkah laku kelemahan, tegang pada otak/muka

h. Respirasi

Ketidakmampuan menelan, batuk, melindungi jalan nafas. Suara nafas, whezing, ronchi.

i. Keamanan

Sensorik motorik menurun atau hilang mudah terjadi injury. Perubahan persepsi dan orientasi Tidak mampu menelan sampai ketidakmampuan mengatur kebutuhan nutrisi. Tidak mampu mengambil keputusan.

j. Interaksi sosial

Gangguan dalam bicara, Ketidakmampuan berkomunikasi.

7) Diagnosa keperawatan (PPNI 2016)

1. Nyeri kronis b.d Kondisi muskuloskeletal kronis (SDKI, D.0078, Hal: 175)
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (SDKI D.0081, Hal 182)
3. Defisit perawatan diri b.d Kelemahan (SDKI D.0109, Hal 240)

8) Intervensi Keperawatan (PPNI 2018)

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (SDKI, D.0078, Hal: 175)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Ketegangan otot menurun 4. Tekanan darah membaik <p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kaku sendi menurun 	<p>Terapi relaksasi (SIKI I.09326 Hal 437)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 6. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia 8. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 9. Anjurkan mengambil posisi nyaman 10. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi

			11. Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik yang dipilih
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (SDKI D.0081, Hal 182)	<p>Ambulasi SLKI L.05038</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat berjalan menurun 2. Kaku pada persendian menurun 3. Perasaan khawatir saat berjalan menurun 	<p>Terapi aktivitas (SIKI I.05186, Hal 415)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 4. Monitor respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi fokus pada kemampuan bukan pada defisit yang dialami 6. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentan aktivitas 7. Fasilitasi aktivitas rutin seperti ambulasi, mobilisasi, dan perawatan sendiri sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari 9. Ajarkan cara aktivitas yang dipilih 10. Anjurkan melakukan aktivitas sosial, spiritual, fisik, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan 11. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi

3.	<p>Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI D.0109, Hal 240)</p>	<p>Perawatan Diri (SLKI L.11103)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Minat melakukan perawatan diri meningkat 3. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 	<p>Dukungan Perawatan Diri (SIKI I.11348, Hal 36)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sediakan yang terapeutik (mis. Suasana hangat rilex, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi dan sabun mandi) 6. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
----	---	--	---

2.4 Konsep Instrumen

2.6.1 Pengertian SPMSQ

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) adalah instrument pengkajian sederhana yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia. Terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis (Padila 2013).

2.6.2 Format SPMSQ

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

Keterangan :

1. Kesalahan 0 – 2 : Fungsi intelektual utuh
2. Kesalahan 3 – 4 : Kerusakan intelektual ringan
3. Kesalahan 5 – 7 : Kerusakan intelektual sedang
4. Kesalahan 8 – 10 : Kerusakan intelektual berat

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik pada Tn. G dengan diagnose medis Hipertensi dan masalah keperawatan Nyeri kronis maka dengan ini penulis menyajikan suatu uraian kasus yang di amati mulai tanggal 13 Januari 2022 sampai 15 Januari 2022 di Griya Wreda Jambangan Surabaya dan melakukan pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 mulai pukul 07.00 yang di mana data di peroleh dari pasien.

3.1 Pengkajian



FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK STIKES HANG TUAH SURABAYA ADAPTASI TEORI MODEL CAROL A. MILLER

Nama Wisma : (-)
Januari 2022

Tanggal Pengkajian : 13

1. IDENTITAS KLIEN	:	
Nama	:	Tn. G
Umur	:	63 Tahun
Agama	:	Islam
Alamat asal	:	Sukodono gg V
Suku	:	Jawa
Tingkat Pendidikan	:	SMK
Status	:	Kawin
Sumber Pendapatan	:	Tidak ada
Riwayat Pekerjaan	:	Tidak pernah bekerja
Tanggal datang	:	18 juli 2018
Sistem Pendukung	:	Keluarga (Istri dan anaknya)
2. DATA KELUARGA	:	
Nama	:	Tn. D
Hubungan	:	Anaknya

	Pekerjaan	:	Pegawai Bank
	Alamat	:	Griya Kebraon Surabaya
3.	STATUS KESEHATAN SEKARANG :		
	Keluhan utama:		Px mengatakan nyeri di bagian tangan dan susah digerakkan seperti kaku dan terkadang pusing selama beberapa jam
	Keluhan 3 bulan terakhir:		Px mengatakan pernah mengalami stroke yang mengakibatkan tidak bisa gerak tangan kirinya dan pernah jatuh di Griya Wreda dan pusing, serta sering gatal kulit kepala
	Riwayat Penyakit:		Stroke
	Pengetahuan, usaha yang dilakukan untuk mengatasi keluhan: Memberikan minyak angin saat nyeri muncul.		
	Obat-obatan:		Obat-obatan: amlodipin 1x1 dan kalc 1x1
	Riwayat Alergi:		(-)
	Masalah Keperawatan	:	Nyeri Kronis

AGE RELATED CHANGES (PERUBAHAN TERKAIT PROSES MENUA) :**FUNGSI FISIOLOGIS****1. Kondisi Umum**

	Ya	Tidak
Kelelahan :		√
Perubahan BB :		√
Perubahan nafsu makan :		√
Masalah tidur :		
Kemampuan ADL :	√	BB : 55 Kg TB :161 cm IMT :
Suhu :	36.5 °C	Nadi : 98x/menit
Tekanan Darah :	130/70 mmhg	Repirasi : 20x/menit

KETERANGAN : Tidak ada Masalah Keperawatan

2. Integumen

	Ya	Tidak
Lesi / luka :		√
Pruritus :		√
Perubahan pigmen :		√
Memar :		√
Lembab :		√
Pola penyembuhan lesi :		√

KETERANGAN Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Hematopoetic

	Ya	Tidak
Perdarahan abnormal :		√
Pembengkakan kel. :		√
Limfe		
Anemia :		√
KETERANGAN :	Tidak Ada Masalah Keperawatan	

4. Kepala

	Ya	Tidak
Sakit kepala :	√	
Pusing :	√	
Gatal pada kulit kepala :	√	
Rambut Rontok :		√
KETERANGAN :	Tidak Ada Masalah Keperawatan	

5. Mata

	Ya	Tidak
Perubahan penglihatan (kabur) :		√
Konjungtiva (Anemis) :		√
Sklera (Ikterik) :		√
Pakai kacamata :		√
Strabismus (Mata Juling) :		√
Kekeringan mata :		√
Nyeri :		√
Gatal :		√
Photobobia (Tidak Nyaman) :		√
Diplopia (Penglihatan Ganda) :		√

Riwayat infeksi : √
 Riwayat katarak : √
KETERANGAN : Tidak Ada Masalah Keperawatan

6.	Telinga	Ya	Tidak
	Penurunan pendengaran	:	√
	Discharge (Cairan dalam telinga)	:	√
	Tinitus (Telinga berderdering)	:	√
	Vertigo	:	√

Alat bantu dengar : Tidak
 Riwayat infeksi : Tidak
 Kebiasaan membersihkan telinga : Ya
 Dampak pada ADL : Tidak Ada
KETERANGAN : Tidak Ada Masalah Keperawatan

7. Hidung sinus

	Ya	Tidak
Rhinorrhea (Hidung Meler)	:	√
Discharge	:	√
Epistaksis (Mimisan)	:	√
Obstruksi (Sumbatan)	:	√
Snoring (Mendengkur)	:	√
Alergi	:	√
Riwayat infeksi	:	√
Gangguan Penciuman	:	√

Bentuk (Simetris) : |

KETERANGAN : **Tidak Ada Masalah Keperawatan**

8. Mulut, tenggorokan

	Ya		Tidak
Nyeri telan :			<input checked="" type="checkbox"/>
Kesulitan menelan / mengunyah :			<input checked="" type="checkbox"/>
Lesi :			<input checked="" type="checkbox"/>
Perdarahan gusi :			<input checked="" type="checkbox"/>
Caries :			<input checked="" type="checkbox"/>
Perubahan rasa :			<input checked="" type="checkbox"/>
Gigi palsu :			<input checked="" type="checkbox"/>
Riwayat Infeksi :			<input checked="" type="checkbox"/>
Mukosa (Lembab) :	<input checked="" type="checkbox"/>		
Pola sikat gigi :	Selepas mandi pagi, selepas mandi sore		

KETERANGAN : **Tidak Ada Masalah Keperawatan**

9. Leher

	Ya		Tidak
Kekakuan :			<input checked="" type="checkbox"/>
Nyeri tekan :			<input checked="" type="checkbox"/>
Massa :			<input checked="" type="checkbox"/>
Pembesaran Kelenjar Thyroid :			<input checked="" type="checkbox"/>

KETERANGAN : **Tidak Ada Masalah Keperawatan**

10. Pernafasan

	Ya		Tidak
Batuk :			<input checked="" type="checkbox"/>
Nafas pendek :			<input checked="" type="checkbox"/>
Hemoptisis (Batuk Darah) :			<input checked="" type="checkbox"/>

Wheezing	:	√
Ronchi	:	√
Asma	:	√
Retraksi	:	√
KETERANGAN	:	Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Kardiovaskuler

	Ya	Tidak
<i>Chest pain</i> (Nyeri dada)	:	√
Palpitasi (Berdebar- debar)	:	√
<i>Dipsnoe</i> (Sesak Napas)	:	√
<i>Paroximal nocturnal</i>	:	√
<i>Orthopnea</i>	:	√
Murmur	:	√
Edema	:	
KETERANGAN	:	Tidak Ada Masalah Keperawatan

12. Gastrointestinal

	Ya	Tidak
<i>Disphagia</i> (Kesulitan Menelan)	:	√
<i>Nausea / vomiting</i>	:	√
<i>Hemateemesis</i>	:	√
Perubahan nafsu makan	:	√
Massa	:	√
<i>Jaundice</i>	:	√
Perubahan pola BAB	:	√
Melena	:	√
Hemorrhoid	:	√
Pola BAB	:	1-2 x sehari
KETERANGAN	:	Tidak Ada Masalah Keperawatan

13. Perkemihan

	Ya	Tidak
<i>Dysuria (Nyeri BAK)</i> :		√
Frekuensi :	2-4x sehari	
Hesitancy (Kesulitan Berkemih) :		√
Urgency :		√
Hematuria (BAK darah) :		√
<i>Poliuria (Sering BAK)</i> :		√
Oliguria (Urin Sedikit) :		√
Nocturia (Sering BAK Malam Hari) :		√
Inkontinensia (Kehilangan Kontrol Berkemih) :		√
Nyeri berkemih :		√
Pola BAK :	2-4x sehari dan tidak ada keluhan	
KETERANGAN :	Tidak Ada Masalah Keperawatan	

14. Reproduksi (laki-laki)

	Ya	Tidak
Lesi :		√
<i>Disharge</i> :	Tidak	
<i>Testicular pain</i> :	Tidak	
<i>Testicular massa</i> :	Tidak	
Perubahan gairah sex :	Tidak	
Impotensi :	Tidak	

15. Muskuloskeletal

	Ya	Tidak
Nyeri Sendi	√	
Bengkak		√
Kaku sendi		√
Deformitas (Perubahan Anatomi)		√
<i>Spasme</i>		√
Kram		√
Kelemahan otot	√	
Masalah gaya berjalan	√	
Nyeri punggung		√
Pola latihan	: Setiap pagi klien berjemur sambil melakukan peregangan	
Postur Tulang Belakang	: Normal	
Dampak ADL	: Tidak ada	
Ekstremitas	: Kekuatan Otot : Menurun Tremor : Tidak Rentang Gerak : Abormal Edema kaki : Tidak	
Penggunaan Alat Bantu	: Px menggunakan alat bantu berupa tongkat	
Refleks	: Bicep : Normal Knee : Normal Tricep : Normal Achilles : Normal	
KETERANGAN	: Nyeri Kronis	

16. Persyarafan

	Ya	Tidak
<i>Headache</i>		√
<i>Seizures (Epilepsi)</i>		√
<i>Syncope (Pingsan)</i>		√
Tic/tremor		√
Paralysis (Lumpuh)		√
Paresis (Gangguan Pergerakan)	√	
Masalah memori		√
KETERANGAN	: Gangguan intoleransi aktivitas	

5. POTENSI PERTUMBUHAN PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL :

Psikososial	YA	Tidak
Cemas :	√	
Depresi :		√
Ketakutan :	√	
Insomnia :		√
Kesulitan dalam mengambil keputusan :		√
Kesulitan konsentrasi :		√
Mekanisme koping :	Px mengatakan percaya masih bisa sembuh	

Persepsi tentang kematian : Px mengatakan percaya adanya kematian tetapi tetap percaya itu adalah takdir tuhan

Dampak pada ADL : Tidak ada dampak yang dialami

Spiritual

- Aktivitas ibadah : selalu ibadah dikamar dengan duduk atau tidur
- Hambatan : px mengatakan perlu alat bantu jalan jadi tidak kuat sholat di mushola dan lebih memilih untuk dikamar saja

Aktivitas Rekreasi : klien mengatakan tidak pernah rekreasi atau bepergian kecuali ke acara didekat rumah saja

Aktivitas Interaksi : klien mengatakan sering berinteraksi dengan orang yang disekitarnya

6. LINGKUNGAN :

Kamar : kamar klien tampak bersih dan rapi

Kamar mandi :. Kamar mandi klien tampak bersih dan selalu membersihkannya sebelum dan sesudah menggunakannya

Dalam rumah.wisma : tempat tidur klien tampak bersih dan rapi

Luar rumah : klien mengatakan agak kotor karena dekat pasar

7. NEGATIVE FUNCTIONAL CONSEQUENCES

Kemampuan ADL

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	3
2	Mandi	0	5	5
3	Makan	5	10	10
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	8
5	Naik/Turun Tangga	5	10	5
6	Berpakaian	5	10	10
7	Kontrol BAB	5	10	10
8	Kontrol BAK	5	10	10
9	Ambulasi	10	15	15
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	11

Interpretasi:


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

a. Aspek Kognitif

MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar : Tahun : <u>2022</u> Hari : <u>Senin</u> Musim : <u>Panas</u> Bulan : <u>Januari</u> Tanggal : <u>13</u>
2	Orientasi	5	4	Dimana sekarang kita berada ? Negara: <u>Indonesia</u> Panti : <u>Panti Wreda</u> Propinsi: <u>Jawa Timur</u> Wisma : Tidak Tahu Kabupaten/kota : <u>Surabaya</u>
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2). Meja 3). Kertas
4	Perhatiandankalkulasi	5	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65

5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
---	-----------	---	---	---

				<p>3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : Tidak ada , dan, jika Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <p>4). Ambil kertas ditangan anda</p> <p>5). Lipat dua</p> <p>6). Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin.</p> <p>7). “Tutup mata anda”</p> <p>8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan</p> <p>9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p> 
Total nilai		30	28	Tidak ada gangguan kognitif
6	Bahasa	9	9	<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut).</p> <p>1). Buku 2). kertas</p>

Interpretasi Hasil

24 – 30 : Tidak Ada Gangguan Kognitif

18 – 23 : Gangguan Kognitif Sedang

0 – 17 : Gangguan Kognitif Berat

Kesimpulan : Tidak Ada Gangguan Kognitif Pada Klien

b. Tingkat Kerusakan Intelektual

Dengan menggunakan **SPMSQ (short portable mental status questioner)**

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini :

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

Intrepretasi : 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

Keterangan :

- a) Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar
- b) Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas
- c) Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk subjek kulit hitam dengan menggunakan kriteria pendidikan yang sama
- d) Tes Keseimbangan

Time Up Go Test

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1	13 Januari 2022	10 detik
2		
3		
Rata-rata Waktu TUG		>13,5 detik

Interpretasi hasil: Resiko tinggi jatuh

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

(Bohannon: 2006; Shumway-Cook, Brauer & Woolacott: 2000; Kristensen, Foss & Kehlet: 2007; Podsiadlo & Richardson: 1991)

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut

Pengkajian Depresi

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

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

Interpretasi :

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

Status Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia:

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

(American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam Introductory Gerontological Nursing, 2001)

Interpretasi:

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional risk

6 : High nutritional risk

(Yang di centang aja yang dijumlah)

c. Hasil pemeriksaan Diagnostik/ Penunjang

No	Jenis pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
1	Laboratorium	01 Juli 2021	
2	Radiologi		
3	ECG		
4	USG	01 Juli 2021	<p>Hepar : besar normal , sudut tumpul, nodul (-), diametes sistem vaskuler dan billier normal</p> <p>Bladder : normal, batu (-), penebalan dinding (-)</p> <p>Pankreas : normal</p> <p>Lien : normal</p> <p>Ginjal : batu (-), dinding tidak menebal, nodul (-)</p> <p>Prostat : normal</p> <p>Kesimpulan : para lumbar muskular spasm.</p>
5	CT-Scan		
6	Lainnya		

3.2 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Kebiasaan merokok

- (1) > 3 batang sehari
- (2) < 3 batang sehari
- (3) Tidak merokok

Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari Pola Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Frekuensi makan

- (1) 1 kali sehari
- (2) 2 kali sehari
- (3) 3 kali sehari
- (4) Tidak teratur

Jumlah makanan yang dihabiskan

- (1) 1 porsi dihabis
- (2) ½ porsi yang dihabiskan
- (3) < ½ porsi yang dihabiskan
- (4) Lain-lain

Makanan tambahan

- (1) Dihabiskan
- (2) Tidak dihabiskan
- (3) Kadang-kadang dihabiskan

Pola pemenuhan cairan Frekwensi minum

- (1) < 3 gelas sehari
- (2) > 3 gelas sehari

Jika jawaban < 3 gelas sehari, alasan :

- (1) Takut kencing malam hari
- (2) Tidak haus
- (3) Persediaan air minum terbatas
- (4) Kebiasaan minum sedikit

Jenis Minuman

- (1) Air putih
- (2) Teh
- (3) Kopi
- (4) susu
- (5) lainnya,

Pola kebiasaan tidur Jumlah waktu tidur

- (1) < 4 jam
- (2) 4 – 6 jam
- (3) > 6 jam

Gangguan tidur berupa

- (1) Insomnia
- (2) Sering terbangun
- (3) Sulit mengawali
- (4) **tidak ada gangguan**

Penggunaan waktu luang ketika tidak tidur

- (1) **Santai**
- (2) Diam saja
- (3) Ketrampilan
- (4) Kegiatan keagamaan

Pola eliminasi BAB

Frekwensi BAB

- (1) **1 kali sehari**
- (2) 2 kali sehari
- (3) Lainnya

Konsistensi

- (1) Encer
- (2) Keras
- (3) **Lembek**

Gangguan BAB

- (1) Inkontinensia alvi
- (2) Konstipasi
- (3) Diare
- (4) **Tidak ada**

Pola BAK Frekwensi BAK

- (1) 1 – 3 kali sehari
- (2) 4 – 6 kali sehari
- (3) > 6 kali sehari

Warna urine

- (1) Kuning jernih
- (2) Putih jernih
- (3) Kuning keruh

Gangguan BAK

- (1) Inkontinensia urine
- (2) Retensi urine
- (3) Lainnya, Tidak terdapat gangguan

Pola aktifitas**Kegiatan produktif lansia yang sering dilakukan**

- (1) Membantu kegiatan dapur
- (2) Berkebun
- (3) Pekerjaan rumah tangga
- (4) Ketrampilan tangan

Pola Pemenuhan Kebersihan Diri Mandi

- (1) 1 kali sehari
- (2) 2 kali sehari
- (3) 3 kali sehari
- (4) < 1 kali sehari

Memakai sabun

- (1) ya
- (2) tidak

Sikat gigi

- (1) 1 kali sehari
- (2) 2 kali sehari
- (3) Tidak pernah, alasan

Menggunakan pasta gigi

- (1) ya
- (2) tidak

Kebiasaan berganti pakaian bersih

- (1) 1 kali sehari
- (2) > 1 kali sehari
- (3) Tidak ganti

3.3 Pemeriksaan Penunjang

TERAPI

1. Amlodipin 1x1
2. Kalc 1x1

3.4 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Diagnose
1.	<p>DS : Px mengatakan mengalami nyeri badan dan terkadang terasa kaku terutama di bagian tubuh sebelah kiri</p> <p>Pengkajian nyeri P: tirah baring post stroke Q: cekot-cekot R: kedua kaki S: 4 sedang T: hilang timbul</p> <p>DO : Px menggunakan alat bantu untuk berjalan TD : 130/70 mmHg 2. S : 36,2 °C 3. N : 98 x/menit 4. RR: 20 x/menit</p>	Kondisi muskuloskeletal kronis	Nyeri kronis (SDKI, D.0078, Hal: 175)
2.	<p>DS : Px mengatakan susah jalan dan harus menggunakan alat bantu</p> <p>DO : px menggunakan alat bantu jalan karena susah untuk berjalan dan lambat untuk melakukan aktivitasnya</p>	Imobilitas	Intoleransi Aktivitas (SDKI D.0056 Hal 128)
3.	<p>DS : Px mengatakan terkadang gatal di kepalanya dan kakinya</p>	Kelemahan	Defisit perawatan diri (SDKI D.0109 Hal 240)

	DO : px terlihat kurang bisa menjaga kebersihan tubuhnya dan bau badan meskipun teratur jadwal mandinya		
--	---	--	--

3.5 Prioritas Masalah

Tabel 3.2 Prioritas Masalah

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		ditemukan	teratasi	
1	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis	13 Januari 2022		<i>Arif</i>
2	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan imobilitas	13 Januari 2022		<i>Arif</i>
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	13 Januari 2022		<i>Arif</i>

3.7 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa	Kreteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (SDKI, D.0078, Hal: 175)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri (L.08066 Hal 145)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Ketegangan otot menurun 4. Tekanan darah membaik <p>Mobilitas fisik (L.05042 Hal 65)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pergerakan ekstremitas meningkat 6. Kekuatan otot meningkat 7. Rentang gerak (ROM) meningkat 8. Nyeri menurun 9. Kaku sendi menurun 	<p>Terapi relaksasi (I.09326 Hal 437)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Monitor teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Monitor kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 6. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia 8. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 9. Anjurkan mengambil posisi nyaman 10. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 11. Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik yang dipilih

2.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (SDKI D.0056 Hal 128)	<p>Ambulasi SLKI (L.05038 Hal 16)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat berjalan menurun 2. Kaku pada persendian menurun 3. Perasaan khawatir saat berjalan menurun 	<p>Terapi aktivitas (I.05186 Hal 415)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor defisit tingkat aktivitas 2. Monitor kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Monitor strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 4. Monitor respon emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi fokus pada kemampuan bukan pada defisit yang dialami 6. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentan aktivitas 7. Fasilitasi aktivitas rutin seperti ambulasi, mobilisasi, dan perawatan sendiri sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari 9. Ajarkan cara aktivitas yang dipilih 10. Anjurkan melakukan aktivitas sosial, spiritual, fisik, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan 11. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi
3.	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI D.0109 Hal 240)	<p>Perawatan Diri (SLKI L.11103 Hal 81)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil :</p>	<p>Dukungan perawatan diri (SIKI I,11348 Hal 36)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Monitor kebutuhan alat

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Minat melakukan perawatan diri meningkat 3. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 	<p>bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sediakan yang terapeutik (mis. Suasana hangat rilex, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	--	--	---

3.8 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan

No Dx	Tgl & Jam	Implementasi Keperawatan	Paraf	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1,2,3 1	13/1/22 14.00 14.10	1) Mengukur tanda-tanda vital 2) Mengidentifikasi nyeri px. Hasil: pasien mengatakan masih merasa nyeri P: tirah baring post stroke Q: cekot-cekot R: kedua kaki, dan ekstermitas bagian kiri S: 4 sedang T: hilang timbul	<i>Arif</i>	13/1/22 22.00	Dx 1: Nyeri kronis S: px mengatakan kaki terasa nyeri saat berjalan dan aktivitas O: - px memijat kakinya sendiri -Mampu menjelaskan nyeri yang dirasakan TD= 130/70mmHg, S=36,5°C, RR=20x/mnt, N=98x/menit. P: tirah baring post stroke Q: cekot-cekot R: kedua kaki S: 4 sedang T: hilang timbul A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	<i>Arif</i>
3	15.00	3) Monitor kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Hasil : Px terlihat kesusahan saat akan melakukan alat mandi, makan, dan berjalan				
1	18.00	4) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 4 kategori sedang				
1	18.05	5) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri			P: Lanjutkan intervensi Dx 2: Intoleransi aktivitas	

3	18.10	<p>Hasil: pasien mengatanyeri bertambah ketika berjalan jauh</p> <p>6) Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan Lelah</p> <p>Hasil: pasien tampak lelah dan nyeri saat berjalan jauh</p>			<p>S: Px mengatakan masih tidak bisa jika tidak menggunakan alat bantu dan harus pelan-pelan</p> <p>O: Px terlihat percaya diri dan mau mengikuti semua aktivitas di panti dengan menggunakan alat bantu jalan tongkat dan melakukan teknik relaksasi yang diajarkan</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
2	18.15	<p>7) Monitor defisit tingkat aktivitas</p> <p>Hasil : px jalan pelan-pelan dan menggunakan tongkatnya</p>			<p>Dx 3: Defisit perawatan diri</p> <p>S: Px mengatakan mandi bisa sendiri tapi pelan-pelan</p> <p>O: Px terlihat tidak bersih saat mandi dan</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
1,2	18.20	<p>8) Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik relaksasi nafas dalam dan peregangan</p> <p>Hasil : px merasakan sedikit merasa rileks</p>				
1	21.20	<p>9) Memberikan obat</p> <p>Hasil : px jalan pelan-pelan dan menggunakan tongkatnya</p>				
2	14/1/22 06.00	<p>1) Monitor defisit tingkat aktivitas</p> <p>Hasil : px melakukan aktivitas dengan alat bantu dan mengikuti senam meskipun hanya berdiri sebentar, dan px mengatakan akan selalu berusaha mengikuti kegiatan</p>	<i>Arif</i>	14/1/22 14.00	<p>Dx 1: Nyeri kronis</p> <p>S: px mengatakan kaki masih nyeri saat aktivitas</p> <p>O: Px mampu menjelaskan nyeri yang dirasakan</p>	<i>Arif</i>

3	08.00	<p>rutin di panti seperti senam dan solat dimasjid</p> <p>2) Monitor kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Hasil : px mengatakan masih bisa menyiapkan sendiri tetapi terlihat kesusahan</p>			<p>TD= 140/80mmHg, S=36,2°C, RR=22x/mnt, N=98x/menit.</p> <p>P: tirah baring post stroke</p> <p>Q: cekot-cekot</p> <p>R: kedua kaki</p> <p>S: 3 sedang</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
2	10.00	<p>3) Monitor kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu Hasil : px mampu untuk mengikuti senam walau masih minim gerakan dan masih berdiam diri</p>			<p>Dx 2: Intoleransi aktivitas</p> <p>S: Px mengatakan masih tidak bisa jika tidak menggunakan alat bantu dan harus pelan-pelan</p> <p>O: Px terlihat percaya diri dan mau mengikuti semua aktivitas di panti dengan menggunakan alat bantu jalan tongkat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
3	10.15	<p>4) Fasilitasi aktivitas rutin seperti ambulasi, mobilisasi, dan perawatan sendiri sesuai kebutuhan Hasil : px merasa senang saat dibantu dengan tersenyum dan mengucapkan terima kasih</p>			<p>Dx 3: Defisit perawatan diri</p> <p>S: Px mengatakan mandi bisa sendiri tapi pelan-pelan</p> <p>O: Px terlihat tidak bersih saat mandi dan bau badan</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
2	10.20	<p>5) Monitor makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang Hasil : px mengatakan jika waktu luang digunakan untuk latihan berjalan dan bersedia dibantu perawat</p>			
3	10.25	<p>6) Monitor respon emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas Hasil : px merespon baik jika ada aktivitas</p>			

1,2,3 1	10.30 10.40	<p>di panti dan berusaha untuk ikut semua kegiatan meskipun menggunakan alat bantu jalan</p> <p>10) Mengukur tanda-tanda vital 11) Mengidentifikasi nyeri px.</p> <p>Hasil: pasien mengatakan masih merasa nyeri P: tirah baring post stroke Q: cekot-cekot R: ekstermitas bagian kiri S: 3 sedang T: hilang timbul</p>				
3 2,3 2,3 3	14/1/22 22.00 04.50 04.55 05.00	<p>1) Memberikan obat Hasil : px masih nyeri dan terasa cape semua badan</p> <p>2) Monitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Hasil : Klien mengatakan sudah mau melakukan perawatan diri meskipun kurang begitu bersih</p> <p>3) Monitor tingkat kemandirian Hasil : klien sudah mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dengan pelan-pelan</p> <p>4) Monitor kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Hasil : Klien mengatakan sudah mampu</p>	<i>Arif</i>	15/1/22 06.00	<p>Dx 1: Nyeri kronis S: px mengatakan kaki terasa nyeri saat berjalan dan aktivitas O: - px memijat kakinya sendiri -Mampu menjelaskan nyeri yang dirasakan TD= 130/70mmHg, S=36,5°C, RR=20x/mnt, N=98x/menit. P: tirah baring post stroke Q: cekot-cekot R: kedua kaki S: 4 sedang T: hilang timbul</p>	<i>Arif</i>

3	05.05	<p>berpakaian, berhias, dan makan secara mandiri</p> <p>5) Siapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi dan sabun mandi)</p> <p>Hasil : Klien mengatakan sudah tersedia untuk alat mandi dan berhias</p>			<p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Dx 2: Intoleransi aktivitas S: Px mengatakan masih tidak bisa jika tidak menggunakan alat bantu dan harus pelan-pelan O: Px terlihat percaya diri dan mau mengikuti semua aktivitas di panti dengan menggunakan alat bantu jalan tongkat A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Dx 3: Defisit perawatan diri S: Px mengatakan mandi, makan bisa sendiri tapi pelan-pelan O: Px terlihat tidak bersih saat mandi dan BAK BAB A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>
---	-------	---	--	--	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan Hipertensi dan masalah keperawatan Nyeri Di UPTD Griya Wreda Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. G dengan melakukan anamnesa pada klien selama melakukan asuhan keperawatan. Pembahasan akan dimulai dari :

1. Identitas

Data yang didapat, klien berjenis kelamin laki - laki bernama Tn. G usia 63 tahun. Semakin bertambah umur seseorang semakin banyak pula penyakit yang muncul dan sering diderita khususnya pada lansia atau lanjut usia. Pada usia lanjut akan terjadi berbagai kemunduran pada organ tubuh, Hipertensi atau penyakit “darah tinggi” merupakan kondisi ketika seseorang mengalami kenaikan tekanan darah baik secara lambat atau mendadak. Diagnosis hipertensi ditegakkan jika tekanan darah sistol seseorang menetap pada 140 mmHg atau lebih. Nilai tekanan darah yang paling ideal adalah 115/75 mmHg (Chowdhury, Iinatti, and Pirinen 2008)

Data pengkajian yang ada dihubungkan dengan faktor risiko klien, Tn. G mempunyai resiko aktual untuk menderita hipertensi yaitu suatu kondisi dimana terjadinya hipertensi sebagai akibat dari gaya hidup seseorang dan faktor lingkungan. Kondisi ini bila tidak di dukung pola hidup sehat dan pola makan dan minum yang benar akan beresiko terjadi pusing, sakit kepala, mimisan, mual, dll.

2. Riwayat Sakit dan Kesehatan

Tn. G mengeluh tidak bisa beraktivitas secara normal dikarenakan pernah mempunyai riwayat stroke dan sampe saat ini tubuh sebelah kiri sering terasa kaku, Tn.G berjalan saat ini dibantu oleh tongkat

Faktor-faktor yang menyebabkan hipertensi diantaranya faktor genetik dan faktor lingkungan seperti obesitas, stres, konsumsi garam berlebih, merokok, dan alkohol. Gangguan fisiologis yang terjadi pada pengaturan aliran darah sehingga menyebabkan hipertensi diantaranya gangguan pada kardiak output dan resistensi perifer, gangguan pada sistem renin-angiotensin, dan gangguan pada sistem saraf otonom. Terdapat hubungan antara onset dari hipertensi dan komplikasi hipertensi. Selama jangka waktu yang panjang tersebut, serangkaian perubahan terjadi dalam sistem kardiovaskular termasuk sirkulasi serebral. Perubahan yang terjadi seperti renovasi vaskular, peradangan, stres oksidatif, dan disfungsi barorefleks berkontribusi dalam patogenesis stroke yang disebabkan oleh hipertensi (Yonata and Pratama 2016).

Penulis berpendapat nyeri badan dan pusing pada klien disebabkan oleh Stroke yang dialami klien serta saat ini juga terdapat hipertensi yang sampai saat ini masih melakukan terapi obat dan relaksasi di Griya Wreda Jambangan Surabaya.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan head to toe seperti dibawah ini :

Ekstermitas, Kekuatan otot pada Tn. G pada ekstremitas atas yaitu kanan dan kiri memiliki kekuatan otot tergolong skala 4. Sedangkan kekuatan otot pada ekstremitas bawah pada kaki kanan skala 4 dan kaki kiri skala 4 karena Tn. G pernah mengalami post. Pada pengkajian ROM didapatkan dengan skor 4 untuk ekstermitas atas dan skor 4 untuk ekstermitas bawah karena klien mengatakan merasa nyeri dan cekot-cekot.

Penyakit hipertensi dapat menyebabkan berbagai komplikasi, salah satu diantaranya adalah stroke. Definisi stroke menurut World Health Organization (WHO):Task Force in Stroke and other Cerebrovascular Disease adalah suatu gangguan disfungsi neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah dan terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau setidak-tidaknya secara cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala-gejala dan tanda-tanda yang sesuai dengan daerah fokal otak yang terganggu (Yonata and Pratama 2016).

Penulis berpendapat karena faktor mekanik, saraf, dan humoral, semua berkontribusi terhadap perubahan komposisi dan struktur dinding serebrovaskular. Hipertensi mencetus timbulnya plak aterosklerotik di arteri serebral dan arteriol, yang dapat menyebabkan oklusi arteri dan cedera iskemik yang mengakibatkan munculnya nyeri dan gejala lainnya.

4. Pengkajian Konsep Lansia

Tn. G memiliki masalah emosional hal tersebut ditunjang dari Tn. G yang mengatakan merasa bosan dengan aktivitas yang tidak bebas dan sering merasa bosan sehingga merasa tidak puas dengan keinginannya untuk bisa kembali beraktivitas seperti dulu, tetapi Tn.G masih menyadari kondisinya dan berusaha untuk bisa sembuh lagi.

4.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus terdapat 3 diagnosa diantaranya yaitu ;

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis

Pengkajian klien didapatkan hasil Tn. G saat ini mengeluhkan nyeri sehingga tidak bisa melakukan aktivitas dengan normal dikarenakan terkena Stroke lebih dari 3 bulan lalu dan hipertensi. Diperoleh data pasien didapatkan bahwa pasien mengatakan nyeri pada tubuh bagian kiri dengan P: tirah baring post stroke, Q: cekot-cekot, R: kedua kaki, S: 4 sedang, T: hilang timbul.

Saat pengkajian pada pasien didapatkan pasien tampak gelisah, dan meringis, tidak mampu menuntaskan aktivitas. Menurut (SDKI, 2017) pada domain D.0078,

menjelaskan bahwa pengertian nyeri kronis yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Penyebabnya antara lain kondisi muskuloskeletal kronis, kerusakan sistem syaraf, penekanan syaraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan neurotransmitter, gangguan imunitas, gangguan fungsi metabolik, riwayat posisi kerja statis, peningkatan IMT, kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiayaan, riwayat penyalahgunaan obat. Gejala mayor data subjektif antara lain mengeluh nyeri dan kaku badan. Gejala mayor data objektif antara lain tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas. Gejala minor data subjektif antara lain merasa takut mengalami jatuh. Gejala minor data objektif antara lain bersikap protektif, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri. Kondisi klinis terkait antara lain kondisi kronis misalnya *arthritis*, infeksi, cedera medula spinalis, kondisi pasca trauma, tumor. Sehingga menurut saya data yang paling cocok untuk mengangkat diagnosa sesuai dengan kondisi pasien yaitu nyeri kronis.

2. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan imobilitas

Pada diagnosa ini didapatkan data bahwa Tn. G menunjukkan bahwa untuk berjalan menggunakan tongkat dan klien terlihat lemah untuk melakukan seluruh aktivitasnya.

Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi psikologis untuk menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari atau yang ingin dilakukan.

Intoleransi Aktivitas ditandai dengan Sesak dalam beraktivitas berat, gangguan frekuensi dan irama jantung: aritmia. Pasien dengan intoleransi

aktivitas perlu dilatih aktivitas, salah satunya dengan melatih aktivitas secara bertahap dapat meningkatkan kemampuan aktivitas pasien (Isnaeni and Puspitasari 2018). Tujuan studi kasus ini untuk memperoleh pembelajaran dalam mengimplementasikan prosedur pemberian aktivitas bertahap untuk mengatasi intoleransi aktivitas pada pasien Tn.G.

3. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan

Pada diagnosa ini didapatkan data bahwa klien yang ditandai dengan klien terlihat lemah untuk melakukan seluruh aktivitas, yang menyebabkan kurangnya dalam perawatan diri pada pasien ditunjukkan dengan kurang bersih saat mandi, bau badan, dan juga terkadang susah untuk melakukan BAB/BAK terkesan lama karena tubuh bagian kirinya nyeri, kaku, dan menggunakan alat bantu tongkat.

Tindakan keperawatan generalis yang dilakukan (Rochmawati, 2013) yaitu klien diajarkan dan dilatih untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri yang meliputi mandi, berhias, makan dan minum dengan benar serta toileting (BAK dan BAB secara benar).

4.3 Perencanaan

Penatalaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi untuk pelaksanaan diagnosa keperawatan pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis

Tujuan dari intervensi diharapkan selama 3x24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, keluhan kaku menurun. Rencana keperawatan yang dilakukan adalah Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya. Intervensi identifikasi nyeri kronis dilakukan untuk menentukan tindakan yang sesuai untuk mengatasi keluhan klien. Penanganan nyeri akut menurut SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia) 2018 adalah dengan melakukan intervensi teknik relaksasi. Penanganan nyeri dengan teknik non farmakologi merupakan modal utama menuju kenyamanan. Dipandang dari segi biaya dan manfaat, penggunaan manajemen non farmakologi lebih ekonomis dan tidak ada efek sampingnya jika dibandingkan dengan penggunaan manajemen farmakologi. Selain itu juga dapat mengurangi ketergantungan pasien terhadap obat-obatan.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan mobilisasi

Tujuan dari intervensi diharapkan setelah diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri membaik.

Intervensi yang diberikan pada pasien dengan gangguan intoleransi aktivitas diantaranya Identifikasi defisit tingkat aktivitas, Fasilitasi fokus pada

kemampuan bukan pada defisit yang dialami, sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentan aktivitas, fasilitasi aktivitas rutin seperti ambulasi dan mobilisasi, dan perawatan sendiri sesuai kebutuhan pasien.

Gangguan glukosa darah puasa pada pasien ketidakstabilan glukosa darah memerlukan intervensi keperawatan yang tepat. Beberapa alat bantu glucotest yang dapat digunakan pada pasien diabet dan melakukan senam kaki diabet (Wahyuningsih et al. 2015).

3. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan

Tujuan dari intervensi diharapkan setelah diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri membaik.

Intervensi keperawatan yang diberikan adalah monitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian, monitor kebutuhan alat bantu, kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, Identifikasi kesediaan kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya, bantu untuk merawat diri, dan ajarkan teknik kemandirian secara konsisten.

4.4 Pelaksanaan dan Evaluasi

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis.

Implementasi yang dilakukan adalah pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, mengkaji kultur budaya yang mempengaruhi respon nyeri, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri, memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri klien. Untuk mengurangi rasa

nyeri, penulis mengajarkan Tn. G teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan peregangan untuk melatih otot-otot yang kaku

Evaluasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Belum teratasi karena masih terasa nyeri didaerah pinggang, punggung, dan tubuh bagian kiri. Nyeri terjadi pada saat bergerak maupun tidak bergerak.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan mobilisasi

Implementasi yang dilakukan yaitu Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan lelah, memfasilitasi aktivitas rutin pasien seperti ambulasi, mobilisasi, dan perawatan sendiri sesuai kebutuhan. Pada evaluasi didapatkan data objektif Tn. G selalu menggunakan alat bantu jalan karena susah untuk berjalan dan lambat untuk melakukan aktivitas, dan perawat harus siap membantu jika terkadang Tn.G membutuhkan pertolongan.

3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Implementasi dilakukan dengan Monitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian, monitor kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan, Bantu pasien untuk mobilisasi. Terkadang saat mandi atau BAK maupun BAB pasien terkadang harus di dampingi karena saya selaku penulis melihat pasien mandi dengan tergesa-gesa karena tidak kuat menahan tubuhnya yang mengakibatkan tidak bersih, dan masih bau badan.

BAB 5

PENUTUP

Penulis telah menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada klien dengan Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, maka penulis bisa menarik kesimpulan beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik.

5.1 Kesimpulan

Mengacu pada hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Hipertensi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian klien didapatkan keluhan nyeri ekstermitas sebelah kiri, pasien masih menggunakan alat bantu untuk berjalan dan melakukan aktivitas kesehariannya, untuk perawatan diri terkadang pasien memang bisa melakukan sendiri tetapi masih kurang maksimal dalam melakukannya.
2. Diagnose keperawatan yang muncul adalah Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, dan Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama diharapkan tercapainya proses penyembuhan dan peredahan nyeri dengan teknik nafas dalam, peregangan dan pengobatan. Pada diagnosa kedua diharapkan pasien bisa mandiri, bisa berjalan dengan normal lagi dan tidak menggunakan alat bantu. Dan pada diagnosa ketiga pasien bisa lebih baik lagi untuk merawat tubuhnya dalam hal kebersihan saat mandi dan berdandan.

4. Implementasi pada diagnosa pertama yaitu nyeri kronis diberikan pelaksanaan perawatan mengajarkan kepada pasien jika merasa nyeri bisa melakukan terapi relaksasi nafas dalam dan peregangan. Pada diagnosa kedua intoleransi aktivitas pasien diberikan implementasi bahwa menganjurkan klien untuk aktivitas rutin seperti ambulasi, mobilisasi, dan perawatan sendiri sesuai kebutuhan. Pada diagnosa ketiga yaitu defisit perawatan diri diberikan implementasi keperawatan mengajarkan cara merawat diri seperti mandi dan berhias dalam keseharian pasien.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan diatas, beberapa saran yang disampaikan pada pihak terkait adalah sebagai berikut :

1. Bagi Lansia lansia dengan masalah nyeri bisa dengan melakukan terapi nafas dalam, peregangan dan rutin minum obat untuk meredakan nyeri dan periksa fisioterapi agar segera sembuh.

2. Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai klien dengan Hipertensi dan nyeri kronis karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberika

pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Hipertensi, dan faktor – faktor pencetus serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut..

DAFTAR PUSTAKA

- Andini, Ni Kadek, Desak Putu, Eka Nilakusmawati, and Made Susilawati. 2013. "Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Penduduk Lanjut Usia Masih Bekerja." *Piramida* 9 (1): 44–49.
- Ayu, Mayang Sari. 2021. "Analisis Klasifikasi Hipertensi Dan Gangguan Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia." *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)* 6 (2): 131. <https://doi.org/10.30829/jumantik.v6i2.8246>.
- Chowdhury, Helal, Jari Iinatti, and Pekka Pirinen. 2008. "Broadband Services on Move in the Coverage of Relay-Based Network." *IEEE International Symposium on Spread Spectrum Techniques and Applications*, 227–31. <https://doi.org/10.1109/ISSSTA.2008.47>.
- Dr Eleanor Bull, & Dr Graham Archard. 2007. *Nyeri Punggung*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Farida, Baiq Nurul. 2019. "Pengaruh Aromaterapi Lavender Dan Terapi Musik Klasik Terhadap Intensitas Nyeri Post Operasi Fraktur Di Rs.Ortopedi Prof.Dr.R Soeharso Surakarta," 14.
- Guèze, Maximilien, and Lucentezza Napitupulu. 2016. "Trailing Forest Uses among the Punan Tubu of North Kalimantan, Indonesia." *Hunter-Gatherers in a Changing World* 2 (01): 41–58. https://doi.org/10.1007/978-3-319-42271-8_3.
- Hanum, Parida, and Rahayu Lubis. 2017. "HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN DUKUNGAN KELUARGA LANSIA DENGAN KEJADIAN STROKE PADA LANSIA HIPERTENSI DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT HAJI ADAM MALIK MEDAN Support from the Elderly Families, Stroke in the Elderly with Hypertension." *Jumantik* 3 (1): 72–88.
- Isnaeni, Nadiah Nur, and Emilia Puspitasari. 2018. "Pemberian Aktivitas Bertahap Untuk Mengatasi Masalah Intoleransi Aktivitas Pada Pasien Chf." *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan* 2 (1): 1–6. <https://doi.org/10.33655/mak.v2i1.28>.
- Manangkot, Meril Valentine, I Wayan Sukawana, and I Made Surata Witarsa. 2016. "Pengaruh Senam Lansia Terhadap Keseimbangan Tubuh Pada Lansia Di Lingkungan Dajan Bingin Sading." *Community of Publishing in Nursing*, no. April: 24–27.
- Meliala. 2013. "Patofisiologi Nyeri 7," 7–13.
- Mongisidi, Rachel, Rizal Tumewah, and Mieke A. H. N. Kembuan. 2013. "Profil Penurunan Fungsi Kognitif Pada Lansia Di Yayasan-Yayasan Manula Di Kecamatan Kawangkoan." *E-CliniC* 1 (1). <https://doi.org/10.35790/ecl.1.1.2013.3297>.
- Nandar, Shahdevi. 2018. "NYERI SECARA UMUM (GENERAL PAIN)," no. July 2015.
- Nugroho, W. 2000. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Gramedia.

- Nurarif & Kusuma, 2015. 2015. “Hipertensi kronik”
- Padila. 2013. *Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Padilla. 2013. *Keperawatan Gerontik*. 1st ed. Yogyakarta: Nuha Medika.
- PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI.
- . 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Putri, Vivi Destiara. 2019. “Efektifitas Aromaterapi Lemon Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Laparotomi Hari Ke-1.” *Jurnal Publikasi*, 0–6.
- Rochmawati, Hepp Dwi, Keliat Budi Anna, and Ice Yulia Wardani. 2013. “Manajemen Kasus Spesialis Jiwa Defisit Perawatan Diri Pada Klien Gangguan Jiwa Di RT 02 Dan RW 12 Kelurahan Baranangsiang Kecamatan Bogor Timur.” *Jurnal Keperawatan Jiwa* 1 (2): 108.
- Sulistyowati, Bekti. 2019. “Upaya Penurunan Nyeri Melalui Relaksasi Genggam Jari Pada Asuhan Keperawatan Pasien Post Operasi Hernia.” *Jurnal Keperawatan*. <http://repository.itspku.ac.id/id/eprint/138>.
- Wahyuningsih, Aries, Ketua Penyunting, Sandy Kurniajati, Desi Natalia, Trijayanti Idris, Dewi Ika Sari H P, Penyunting Pelaksana, et al. 2015. “Jurnal Penelitian Keperawatan” 1 (1).
- Yonata, Ade, and Arif Satri Putra Pratama. 2016. “Hipertensi Sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke.” *Jurnal Majority* 5 (3): 17–21. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1030>.
- Yudha, Bayu Laksana, Lailil Muflikhah, and Randy Cahya Wihandika. 2018. “Klasifikasi Risiko Hipertensi Menggunakan Metode Neighbor Weighted K-Nearest Neighbor (NWKNN).” *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer (J-PTIIK) Universitas Brawijaya* 2 (2): 897–904.

LAMPIRAN 1
CURRICULUM VITAE

Nama : Arif Rahman Syaifullah
Tanggal lahir : 26 November 1999
Alamat : Jl. Menur Pumpungan 3/63 SURABAYA
Alamat email : arif1710013@stikeshangtuah-sby.ac.id

Riwayat Pendidikan:

- | | | |
|----|-----------------------------|------------|
| 1. | TK Tunas Harapan Surabaya | Tahun 2005 |
| 2. | SDN Panjang Jiwo 1 Surabaya | Tahun 2011 |
| 3. | SMP Negeri 30 Surabaya | Tahun 2014 |
| 4. | SMA Negeri 17 Surabaya | Tahun 2017 |

LAMPIRAN 2

MOTTO & PERSEMBAHAN MOTTO

“Hidup harus kita atur sebagaimana mestinya, dan masa depan selalu dimulai dari bagaimana dirimu saat ini, maka selalu tunjukkan yang terbaik”

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim, Karya ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, kesehatan, kemudahan dan ketangguhan sehingga sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu.
2. Kedua orang tua yang saya sangat cintai, Mama Indah , Papa Herry dan semua keluarga yang pastinya dengan tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun.
3. Teman-teman Profesi Ners angkatan STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Terima kasih untuk semua orang di sekeliling saya yang selalu mendoakan yang terbaik untuk saya dan membantu dalam setiap langkah perjalanan hidup saya. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kita semua dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal'Alaamin.