

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA PASIEN
HIPERTENSI DI UPTD GRIYA WREDHA
SURABAYA



Oleh :
NOER SHALAMAH, S.Kep.
NIM. 213.0069

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

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA PASIEN
HIPERETENSI DI UPTD GRIYA WREDHA
SURABAYA

Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners



Oleh :
NOER SHALAMAH, S.Kep.
NIM. 213.0069

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 akhir 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 adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 08 Juli 2022

Penulis



NOER SHALAMAH, S.Kep.

NIM. 213.0069

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Noer Shalamah, S.Kep.

NIM : 2130069

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Hipertensi di
UPTD Griya Wredha Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns)

Surabaya, 08 Juli 2022

Pembimbing



Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03008

Pembimbing



Heri Susanto, S.Kep., Ns.

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 08 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Noer Shalamah S.Kep.
NIM : 2130069
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul :Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : **Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kep**
NIP.04.015



Penguji 1 : **Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep.**
NIP. 03008



Penguji 2 : **Heri Susanto, S.Kep., Ns**



Mengetahui,

**KA PRODI S1 KEPERAWATAN
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

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

NIP. 03009

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 08 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran 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 akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr.AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan ketua penguji atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES HangTuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Dr.Hidayatus Sya'diyah, S.Kep, Ns,. M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep,. Ns,. M.KKK selaku Kepala UPTD

Griya Wredha Surabaya beserta staf yang telah mengizinkan dan memfasilitasi untuk mengajukan pengambilan data awal di UPTD Griya Wredha Surabaya.

5. Ibu Dhian Satya R., S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji 1 dan dosen pembimbing yang senantiasa memberikan ilmu, arahan, inspirasi, kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dalam bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak Heri Susanto, S.Kep.Ns selaku penguji kedua dan pembimbing lahan Karya Ilmiah Akhir yang memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
8. Kedua orang tua, adik beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan moral maupun materi dalam menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya sehingga karya ilmiah akhir ini dapat terselesaikan.
9. Teman-teman sealmamater profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya.

Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua

pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Surabaya, 08 Juli 2022

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SINGKATAN	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat.....	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.6 Sistematika penulisan	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Hipertensi	10
2.1.1 Definisi Hipertensi	10
2.1.2 Anatomi Fisiologi.....	11
2.1.3 Etiologi Hipertensi	12
2.1.4 Klasifikasi Hipertensi	14
2.1.5 Manifestasi Klinis	15
2.1.6 Patofisiologi	15
2.1.7 <i>Web Of Caution (WOC)</i>	17

2.1.8	Pemeriksaan Penunjang.....	17
2.1.9	Pencegahan Hipertensi	19
2.1.10	Penatalaksanaan Medis.....	20
2.2	Konsep Lansia	21
2.2.1	Definisi Lansia	21
2.2.2	Batasan Lanjut Usia	22
2.2.3	Tugas Perkembangan Lansia.....	22
2.2.4	Tipe Lanjut Usia.....	23
2.2.5	Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	24
2.2.6	Teori Syndroma Geriatri 14.i	27
2.2.7	Masalah Yang terjadi Pada Lansia	37
2.2.8	Faktor Yang Mempengaruhi Kemandirian Lansia.....	41
2.2.9	<i>Activity Of Daily Living (ADL)</i>	42
2.2.10	Faktor Yang Mempengaruhi ADL	42
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	44
2.3.1	Pengkajian	44
2.3.2	Masalah Keperawatan	54
2.3.3	Rencana Intervensi Keperawatan	55
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		58
3.1	Pengkajian	58
3.1.1	Data Dasar	58
3.1.2	<i>Age Related Changes (Perubahan Terkait Proses Menua)</i>	59
3.1	Diagnosis Keperawatan.....	67
3.2	Rencana Intervensi Keperawatan	68
3.3	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	69
BAB 4 PEMBAHASAN		76
4.1	Pengkajian	76

4.2	Diagnosis Keperawatan	84
4.3	Rencana Intervensi Keperawatan	85
4.4	Implementasi Keperawatan	88
4.5	Evaluasi Keperawatan	90
BAB 5 PENUTUP.....		91
5.1	Simpulan.....	91
5.2	Saran.....	92
DAFTAR PUSTAKA		93

DAFTAR SINGKATAN

SPMSQ : *Short Portable Mental Status Questionnaire*

MMSE : *Mini Mental State Examination*

ADL : *Activity of Daily Living*

TUG : *Time Up Go Test*

WHO : *World Health Organization*

BB : Berat Badan

TB : Tinggi Badan

TD : Tekanan Darah

Lansia : Lanjut Usia

WOC : *Web of Caution*

UPTD : Unit Pelaksana Teknis Daerah

SOP : Standart Operasional Prosedur

SDKI : Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia

SLKI : Standart Luaran Keperawatan Indonesia

SIKI : Standart Intervensi Keperawatan Indonesia

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Berdasarkan Tingginya Tekanan Darah, Hipertensi Diklasifikasikan.....	14
Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi.....	14
Tabel 2.3 Pengkajian Fungsi Fisiologis	44
Tabel 2.4 Pengkajian Psikososial	47
Tabel 2.5 Indeks Barthel	48
Tabel 2.6 MMSE (Mini Mental State Examination).....	49
Tabel 2.7 SPMSQ (<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>)	50
Tabel 2.8 TUG (<i>Time Up Go Test</i>)	51
Tabel 2.9 Pengkajian Depresi	51
Tabel 2.10 Pengkajian Determinan Nutrisi Pada Lansia	52
Tabel 2.11 APGAR Keluarga dengan Lansia	53
Tabel 2.12 Rencana Intervensi Keperawatan.....	55
Tabel 3.1 Terapi Medis	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	95
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	96
Lampiran 3 SOP Senam Hipertensi	98
Lampiran 4 Indekz Barthel.....	100
Lampiran 5 MMSE (<i>Mini Mental State Examination</i>)	101
Lampiran 6 SPMSQ (<i>Short Portable Mental Status Quasionaire</i>).....	102
Lampiran 7 APGAR.....	103
Lampiran 8 Pengkajian Depresi	104
Lampiran 9 Pengkajian Status Nutrisi	104
Lampiran 10 Analisa Data	105
Lampiran 11 Rencana Intervensi Keperawatan	106
Lampiran 12 Implementasi & Evaluasi Keperawatan	108

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia merupakan seorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, dimana proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh. Menjadi tua merupakan proses alamiah, dimana seseorang melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa dan tua. tiga tahap ini berbeda baik secara biologis, maupun psikologis. memasuki usia tua dimana akan terjadi pada kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat dan figur tubuh yang tidak proporsional, kelemahan organ, masalah kesehatan fisik/mental, sosial, ekonomi, psikologis, spiritual dan timbul berbagai macam penyakit seperti hipertensi. (Kholifah, 2016).

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, tendon mengerut, dan atrofi serabut otot sehingga berdampak pada penurunan kekuatan otot (Muhidin et al., 2017).

Berbagai permasalahan kesehatan semakin banyak terjadi dan muncul masalah keperawatan khususnya pada saat memasuki lansia. Pada usia lanjut akan terjadi berbagai kemunduran pada organ tubuh, oleh sebab itu para lansia mudah sekali terkena penyakit seperti hipertensi. Hipertensi adalah keadaan seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) (Triyanto, 2014). *World Health Organization* (WHO) mengatakan batas normal tekanan darah adalah 120-140 mmHg sistolik dan 80-90 mmHg diastolic sehingga seseorang disebut mengidap hipertensi jika tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 95 mmHg, dan tekanan darah perbatasan bila tekanan darah sistolik antara 140 mmHg-160 mmHg dan tekanan darah diastolik antara 90 mmHg-95 mmHg (Mulyadi, 2016). Gejala yang sering muncul pada hipertensi salah satunya adalah nyeri kepala. Nyeri pada lansia terjadi adanya peningkatan dari tekanan darah tinggi yang disebabkan adanya penyumbatan pada sistem peredaran darah baik dari jantungnya, dan serangkaian pembuluh darah arteri dan vena yang mengangkut darah sehingga membuat aliran darah di sirkulasi terganggu dan menyebabkan tekanan meningkat. jaringan yang sudah terganggu akan terjadi penurunan oksigen dan terjadinya peningkatan karbondioksida. Lalu, terjadi metabolisme dalam tubuh yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi terhadap nyeri kepala pada otak. (Syiddatul, 2019). Nyeri ditandai dengan sensasi prodromal misal mual, pengelihatn kabur, auravisual. Salah satu teori penyebab nyeri kepala migrain ini akibat dari emosi atau ketegangan yang berlangsung lama yang akan menimbulkan reflek vasospasme beberapa pembuluh arteri kepala termasuk pembuluh arteri yang memasok ke

otak. secara teoritis, vasospasme yang terjadi akan menimbulkan iskemik pada sebagian otak sehingga terjadi nyeri (Mulyadi, 2016).

Hipertensi ialah suatu masalah kesehatan yang cukup tinggi di dunia. Menurut data *World Healty Organization* (WHO) (2015) menunjukkan prevelensi penderita hipertensi terjadi pada kelompok umur dewasa yang berumur ≥ 25 tahun yaitu sekitar 40%. Hipertensi diprediksi dapat menyebabkan kematian yaitu sekitar 7,5 juta dan penyebab kematian di dunia yaitu sekitar 12,8%. Adapun di Amerika Serikat diprediksi terdapat 33,8% penduduknya menderita hipertensi yang terjadi pada jenis kelamin laki-laki maupun perempuan. Adapun di Indonesia, prevelensi penderita hipertensi menurut Departemen Kesehatan yaitu terdapat sekitar 31,7%, dimana hanya 7,2 dari 31,7% penduduk yang mempunyai pemahaman mengenai hipertensi serta terdapat kejadian yang minum obat hipertensi hanya sekitar 0,4%. Prevalensi hipertensi di Indonesia pada umur ≥ 18 tahun. tahun sebesar 34,1% dengan penderita hipertensi tertinggi di Kalimantan selatan sebesar 44,1% sedangkan untuk Sulawesi selatan menempati urutan ke 13 tertinggi dengan 31,9 %.Prevalensi hipertensi di Indonesia pada kelompok usia 15-24 tahun adalah 13,2% pada kelompok usia 25-34 tahun adalah 20,1%, kelompok umur 35-44 tahun 31,6% usia 45-54 tahun 45,3%, usia55-64 tahun 55,2% untuk usia 65-74 tahun 63,2% sedangkan lebih dari 75 tahun adalah 69,5%, dengan prevalensi yang tinggi tersebut hipertensi yang tidak disadari jumlahnya bisa lebih tinggi lagi. Berdasarkan data dari Bidang Bina P2PL Dinas Kesehatan kota Makassar (2015) menjelaskan terdapat kasus hipertensi sebanyak 11,596 dengan rincian jenis kelamin laki – laki 4.277 kasus dan perempuan 7319 kasus (Ainurrafiq et al., 2019). Angka prevalensi hipertensi di Provinsi Jawa Timur

masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka prevalensi di Indonesia, yaitu sebesar 26,2%. Sementara pada tahun 2016 prosentase prevalensi tekanan darah tinggi sebesar 13,47%. Kota Surabaya termasuk ke dalam lima besar kota atau kabupaten di Jawa Timur yang memiliki jumlah penderita hipertensi tertinggi, yaitu sebanyak 45.014 orang atau sebesar 10,43%. Angka prevalensi hipertensi di Provinsi Jawa Timur masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka prevalensi di Indonesia, yaitu sebesar 26,2% sementara pada tahun 2016 prosentase prevalensi tekanan darah tinggi sebesar 13,47%. Kota Surabaya termasuk ke dalam lima besar kota atau kabupaten di Jawa Timur yang memiliki jumlah penderita hipertensi tertinggi, yaitu sebanyak 45.014 orang atau sebesar 10,43% (Azhari & Kusumayanti, 2021). Saat pengambilan data di UPTD Griya Wredha Surabaya pada tanggal 17 Januari 2022 didapatkan hasil pasien yang mengalami hipertensi sebanyak 79 lansia dari 160 lansia (49,37%).

Lansia yang memiliki hipertensi yang tidak rutin mengontrol tekanan darahnya akan muncul dampak penyakit yang sangat beresiko bagi kesehatannya apabila dibiarkan tanpa adanya perawatan yang tepat, dampak yang ditimbulkan dari hipertensi yaitu penyakit jantung coroner (PJK) dan stroke. Sehingga penderita hipertensi sangat perlu melakukan kontrol tekanan darah supaya tidak terjadi komplikasi yang lebih berbahaya dari hipertensi. Sebagian besar seseorang baru menyadari ketika timbul komplikasi dari hipertensi seperti jantung coroner, stroke, gagal ginjal, dan penyakit lainnya yang lebih dari hipertensi (Ainurrafiq et al., 2019).

Penatalaksanaan keperawatan pada lansia dengan hipertensi, khususnya perawat sebagai petugas kesehatan memiliki peran sebagai *educator* untuk

meningkatkan derajat kesehatan. Mengatasi nyeri kepala pada hipertensi dapat dilakukan dengan terapi non farmakologi dan terapi farmakologi. Memberikan terapi non farmakologi berupa modifikasi gaya hidup, mengurangi berat badan, pembatasan asupan natrium, modifikasi diet rendah lemak, pembatasan alkohol, pembatasan kafein, teknik relaksasi, menghentikan kebiasaan merokok serta melakukan senam hipertensi. Beberapa terapi farmakologi dengan cara obat amlodipine. Upaya yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan status Kesehatan dengan cara memberikan penyuluhan mengenai hipertensi (Joyce BM, 2014).

Dari fenomena yang ditemui diatas, peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian terkait asuhan keperawatan gerontik dengan masalah nyeri akut di UPTD griya wredha surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat disusun rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan asuhan keperawatan gerontik dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan pengkajian keperawatan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.
2. Melakukan analisis data dan menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.
3. Melakukan perencanaan keperawatan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.
4. Melakukan pelaksanaan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, Adapun manfaat-manfaat dari karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis sebagai berikut

1. Secara Teoritis

Pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat, dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada lansia dengan hipertensi diruang seruni UPTD Griya Wredha Surabaya.

2. Secara Praktis

a. Bagi Institusi UPTD Griya Wredha Surabaya

Sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada lansia dengan hipertensi sehingga penatalaksanaan dan pencegahan bisa dilakukan sehingga dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi lansia yang tinggal di UPTD Griya Wredha Surabaya.

b. Bagi Institusi Pendidikan

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

c. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan edukasi kepada keluarga ketika berkunjung terkait mencegah dan merawat lansia dengan hipertensi sehingga keluarga mampu merawat lansia dirumah secara mandiri.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Penulisan ini dapat dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik pada pasien hipertensi sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

a. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

b. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data dikumpulkan melalui rekam medis maupun tim kesehatan lainnya.

2. Observasi

Data diperoleh secara langsung melalui pengamatan terhadap reaksi dan sikap lansia yang diamati.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

c. Sumber Data

1. Data Primer

Data yang diperoleh langsung dari lansia, baik berupa observasi maupun pemeriksaan fisik

2. Data sekunder

Data yang diperoleh dari rekam medik perawat, hasil – hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3. Studi Kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini , secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

- a. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.
- b. Bagian inti, terdiri dari lima bab, masing-masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut :

BAB 1 : pendahuluan, berisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat, Penelitian dan sistematika Penulisan studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan hipertensi serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

BAB 4 : Pembahasan, bab ini berisi tentang perbandingan antara teori dan fakta yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, bab ini berisi tentang simpulan dan saran

- c. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 secara teoritis diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnose medis hipertensi. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada lansia dengan Fraktur radius sinistra dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi yaitu suatu kondisi atau keadaan dimana seseorang mengalami kenaikan tekanan darah di atas batas normal yang akan menyebabkan kesakitan bahkan kematian. Seseorang akan dikatakan hipertensi apabila tekanan darahnya melebihi batas normal, yaitu lebih dari 140/90 mmHg. Tekanan darah naik apabila terjadinya peningkatan sistole, yang tingginya tergantung dari masing-masing individu yang terkena, dimana tekanan darah berfluktuasi dalam batas-batas tertentu, , umur, dan tingkat stress yang dialami (Fitri Tambunan et al., 2021). Hipertensi adalah kelainan sistem sirkulasi darah yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah diatas nilai normal atau tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Menurut American Heart Association (AHA), penduduk Amerika 35 yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya.

Hipertensi merupakan silent killer dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala penyakit hipertensi adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, muntah (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan (Kemenkes RI, 2014).

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Jantung (bahasa Latin: cor) adalah sebuah rongga, rongga organ berotot yang memompa darah lewat pembuluh darah oleh kontraksi berirama yang berulang. Darah menyuplai oksigen dan nutrisi pada tubuh, juga membantu menghilangkan sisa-sisa metabolisme. Istilah kardiak berarti berhubungan dengan jantung, dari kata Yunani cardia untuk jantung. Jantung adalah salah satu organ manusia yang berperan dalam sistem peredaran darah, terletak di rongga dada agak sebelah kiri. Jantung mempunyai empat ruang yaitu atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kanan, dan ventrikel kiri. Atrium adalah ruangan sebelah atas jantung dan berdinding tipis, sedangkan ventrikel adalah ruangan sebelah bawah jantung. dan mempunyai dinding lebih tebal karena harus memompa darah ke seluruh tubuh (Reni Yuli Aspiani, 2016).

Atrium kanan berfungsi sebagai penampung darah rendah oksigen dari seluruh tubuh. Atrium kiri berfungsi menerima darah yang kaya oksigen dari paru-paru dan mengalirkan darah tersebut ke paru-paru. Ventrikel kanan berfungsi menerima darah dari atrium kanan dan memompakannya ke paru-paru. ventrikel kiri berfungsi untuk memompakan darah yang kaya oksigen ke seluruh tubuh. Jantung juga terdiri dari tiga lapisan yaitu lapisan terluar yang merupakan selaput pembungkus disebut epikardium, lapisan tengah merupakan lapisan inti dari

jantung terdiri dari otot-otot jantung disebut miokardium dan lapisan terluar yang terdiri jaringan endotel disebut endocardium (Reni Yuli Aspiani, 2016).

Tekanan darah (blood pressure) adalah tenaga yang diupayakan oleh darah untuk melewati setiap unit atau daerah dari dinding pembuluh darah, timbul dari adanya tekanan pada dinding arteri. Tekanan arteri terdiri atas tekanan sistolik, tekanan diastolik, tekanan pulsasi, tekanan arteri rerata.

Tekanan sistolik yaitu tekanan maksimum dari darah yang mengalir pada arteri saat ventrikel jantung berkontraksi, besarnya sekitar 100-140 mmHg. Tekanan diastolik yaitu tekanan darah pada dinding arteri pada saat jantung relaksasi, besarnya sekitar 60-90 mmHg. Tekanan pulsasi merupakan refleksi dari stroke volume dan elastisitas arteri, besarnya sekitar 40-90 mmHg. Sedangkan tekanan arteri rerata merupakan gabungan dari tekanan pulsasi dan tekanan diastolik yang besarnya sama dengan sepertiga tekanan pulsasi ditambah tekanan diastolik. Tekanan darah sesungguhnya adalah ekspresi dari tekanan sistole dan tekanan diastole yang normal berkisar 120/80 mmHg. Peningkatan tekanan darah lebih dari normal disebut hipertensi dan jika kurang normal disebut hipotensi. Tekanan darah sangat berkaitan dengan curah jantung, tahanan pembuluh darah perifer (Reni Yuli Aspiani, 2016).

2.1.3 Etiologi Hipertensi

1. Hipertensi Esensial (Primer)

Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak

(inaktivitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi (Kemenkes RI, 2014).

Hipertensi primer disebabkan oleh faktor berikut ini.

- a. Faktor keturunan : dari data statistik bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.
- b. Ciri perseorangan : ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak daripada kulit putih).
- c. Kebiasaan hidup : kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g), kegemukan atau makan berlebih, stress, merokok, minum alcohol, minum obat-obatan (efedrin, prednisone, epinefrin)

2. Hipertensi Sekunder

Prevalensi hipertensi sekunder sekitar 5-8% dari seluruh penderita hipertensi. penyebab hipertensi sekunder yaitu ginjal (hipertensi renal), penyakit endokrin dan obat (Kemenkes RI, 2014).

Penyebab hipertensi pada lansia dikarenakan terjadinya perubahan-perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun, sehingga kontraksi dan volumenya menurun, kehilangan elastisitas pembuluh

darah karena kurang efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigen, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Suddarth, 2015).

2.1.4 Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2.1 Berdasarkan Tingginya Tekanan Darah, Hipertensi Diklasifikasikan Sebagai Berikut

Kategori	Sistolik	Diastolik
Normal	Dibawah 130	Dibawah 85
Normal Tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Hipertensi Ringan	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi Sedang	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Hipertensi Berat	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Hipertensi Maligna	210 mmHg atau lebih	120 mmHg atau lebih

Menurut Nurarif (2015) secara klinis hipertensi dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
High normal	130-139	85-89
Hipertensi grade 1 (ringan)	140-159	90-99
Hipertensi grade 2 (sedang)	160-179	100-109
Hipertensi grade 3 (berat)	180-209	100-119
Hipertensi grade 4 (sangat berat)	>210	>120

Klasifikasi menurut Hidayatus (2018) hipertensi pada lanjut usia dibedakan atas :

1. Hipertensi pada tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih dari 90 mmHg.
2. Hipertensi sistolik terisolasi : tekanan sistolik lebih besar dari 190 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut (Fitri Tambunan et al., 2021) tanda dan gejala hipertensi adalah :

1. Sakit pada bagian belakang kepala
2. Leher terasa kaku
3. Sering kelelahan bahkan mual
4. Pandangan jadi kabur karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, ginjal
5. sebagian besar hipertensi ini tidak memiliki gejala.

2.1.6 Patofisiologi

Meningkatnya tekanan darah dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah pada setiap denyut jantung di paksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis (Triyanto, 2014).

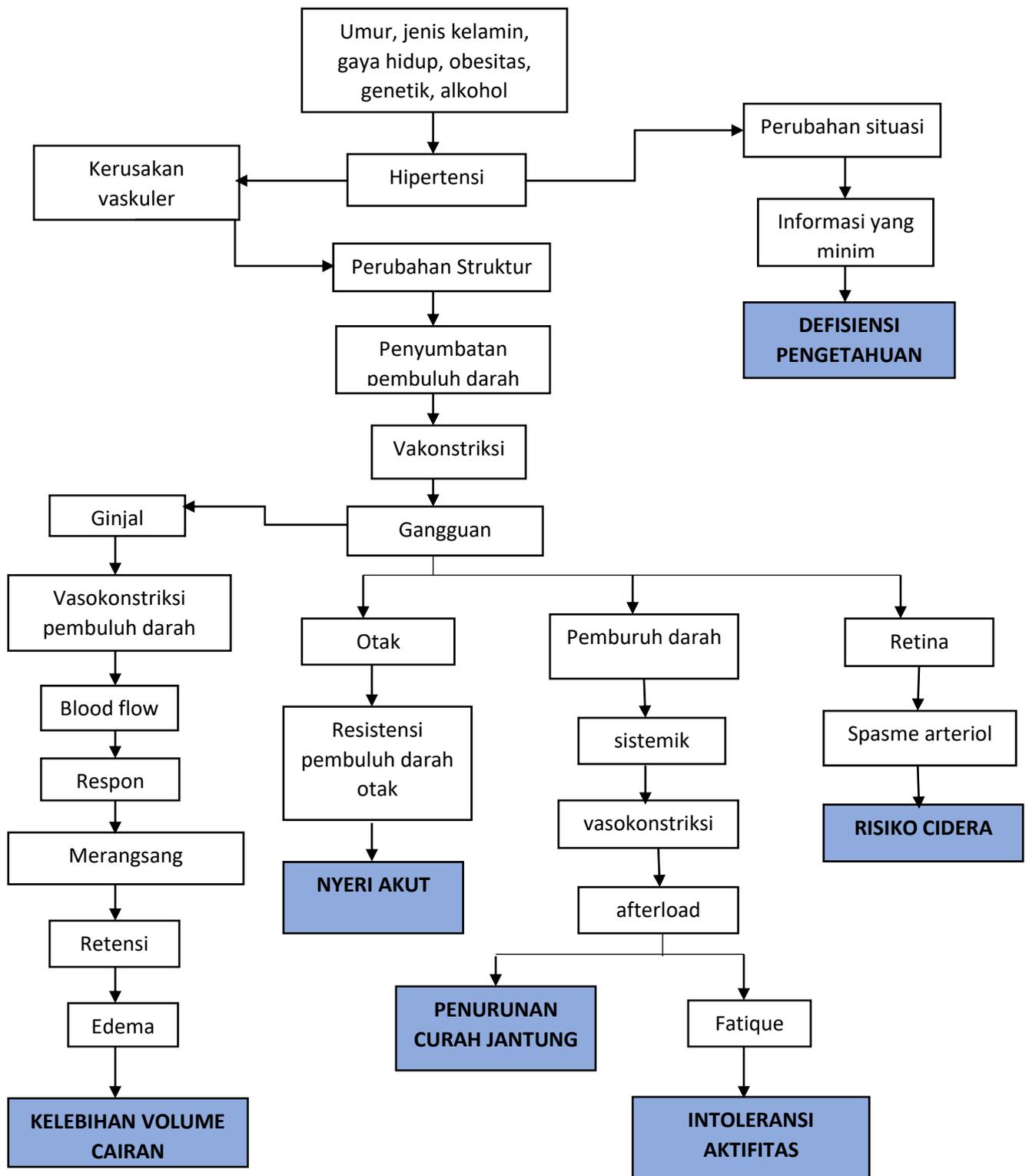
Tekanan darah meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormone di

dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh, volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat (Triyanto, 2014).

Aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun. Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara : jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah ke normal (Triyanto, 2014).

Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah selama respon *fight-or-flight* (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar) meningkatnya arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka yang memerlukan pasokan darah yang lebih banyak mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh melepaskan hormone epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (noradrenalin) yang merangsang jantung dan pembuluh darah. Faktor stress merupakan satu faktor pencetus terjadinya peningkatan tekanan darah dengan proses pelepasan hormone epinefrin dan norepinefrin (Triyanto, 2014).

2.1.7 Web Of Caution (WOC)



2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (R Y Aspiani, 2016) antara lain :

a. Laboratorium

1. Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal
2. Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut.
3. Darah perifer lengkap
4. Kimia darah (kalium, natrium, keratin, gula darah puasa)

b. EKG

1. Hipertrofi ventrikel kiri
2. Iskemia atau infark miocard
3. Peninggian gelombang P
4. Gangguan konduksi

c. Foto Rontgen

1. Bentuk dan besar jantung Noothing dari iga pada koarktasi aorta.
2. Pembendungan, lebar paru
3. Hipertrofi parenkim ginjal
4. Hipertrofi vascular ginjal

2.1.9 Pencegahan Hipertensi

Pencegahan dalam hipertensi diantaranya adalah ketaatan dalam pengobatan meliputi perlakuan khusus mengenai gaya hidup seperti diet, istirahat dan olahraga serta konsumsi obat termasuk didalamnya jenis obat yang dikonsumsi, berapa lama obat harus dikonsumsi, kapan waktu dan jadwal minum, kapan harus dihentikan dan kapan harus berkunjung untuk melakukan kontrol tekanan darah (Padila, 2013).

1. Mengurangi BB (berat badan)

Penderita hipertensi yang kelebihan berat badan dianjurkan untuk menurunkan bobotnya sampai batas ideal dengan cara membatasi makan dan mengurangi makanan berlemak

2. Tidak minum alkohol

Alkohol bisa memberikan kontribusi terhadap kejadian hipertensi. alkohol bisa mengurangi kemampuan pompa jantung dan kadang-kadang membuat pengobatan hipertensi kurang efektif.

3. Olahraga secara teratur

Latihan aerobik secara teratur tiga sampai empat kali seminggu dengan lama 30-45 menit bisa membantu mengurangi resiko hipertensi dan penyakit kardiovaskuler.

4. Membatasi asupan natrium yang tinggi

Membatasi asupan garam, kalsium dan magnesium. natrium dapat meningkatkan tekanan darah. seorang penderita tekanan darah tinggi dengan

kadar lemak yang banyak mungkin memerlukan modifikasi diet atau terapi obat untuk menormalkannya

5. Berhenti merokok

Merokok merupakan salah satu kebiasaan hidup yang dapat mempengaruhi tekanan darah. rokok yang dihisap dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. hal tersebut dikarenakan, rokok akan mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan pembuluh di ginjal sehingga terjadi peningkatan tekanan darah. Mengurangi lemak

2.1.10 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan menurut (Pudiastuti, 2011) sebagai berikut :

1. Pengobatan hipertensi sekunder lebih mengutamakan pengobatan causal
2. Pengobatan hipertensi primer ditujukan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur dan mengurangi timbulnya komplikasi.
3. Upaya menurunkan tekanan darah dilakukan dengan menggunakan obat anti hipertensi selain dengan perubahan gaya hidup.
4. Pengobatan hipertensi primer adalah pengobatan jangka panjang dengan memungkinkan berat untuk seumur hidup.
5. Terapi :
 - a) Diet rendah garam

- b) Penurunan berat badan, olahraga, latihan jiwa(yoga, dll.)
- c) Diuretik
- d) Penghambat adrenergic Penyekat alfa 1
- e) Penyekat beta
- f) Penghambat kalsium

Penatalaksanaan hipertensi seperti kepatuhan diet, memodifikasi lingkungan dan sebagainya merupakan hal penting yang dapat mengontrol hipertensi pada pasien. dalam melaksanakan pengobatan hipertensi ini, dukungan dan motivasi kepada pasien penting dilakukan oleh keluarga, kerana keluarga memberikan pengaruh yang penting dalam mempercepat kesembuhan pasien. Salah satu upaya yang dapat dilakukan pasien beserta keluarga adalah dengan melakukan upaya serta penanganan non farmakologi guna meningkatkan pengetahuan serta keterampilan keluarga tentang cara merawat pasien dengan hipertensi sebagai sarana untuk menurunkan tekanan darah penderita hipertensi tersebut.

2.2 Konsep Lansia

2.2.1 Definisi Lansia

Undang-undang No 13 Tahun 1998 disebut lansia jika berusia lebih dari 60 tahun keatas dimana tahap akhir perkembangan dasar kehidupan manusia. Lansia merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan untuk memperbaiki dirinya serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya. dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap. menjadi tua merupakan proses alamiah, dimana seseorang melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa dan tua. Tiga tahap ini berbeda baik

secara biologis, maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti yang berakibat pada kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat dan figur tubuh yang tidak proporsional, kelemahan organ, masalah kesehatan fisik/mental, sosial, ekonomi, psikologis, spiritual dan timbul berbagai macam penyakit seperti hipertensi, stroke, jantung coroner, gagal ginjal dll. Selain itu, seseorang yang menginjak usia lanjut akan kehilangan peran diri dan kedudukan sosial yang telah dicapai sebelumnya (Kholifah, 2016).

2.2.2 Batasan Lanjut Usia

Batasan usia menurut WHO dalam (M.Sumarni, 2018) yaitu :

1. Usia pertengahan (*Middle Age*) 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*Elderly*) 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (*Old*) 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*Very Old*) diatas 90 tahun

2.2.3 Tugas Perkembangan Lansia

Menurut Prawitasari (2016) tugas perkembangan lansia yaitu :

1. Menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan fisik dan Kesehatan
2. Menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya income (penghasilan) keluarga
3. Menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup
4. Membentuk hubungan dengan orang-orang seusia

5. Membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan
6. Memerankan dengan peran sosial secara luwes

2.2.4 Tipe Lanjut Usia

Tipe lanjut usia menurut Nasrullah (2016) sebagai berikut :

1. Tipe arif bijaksana

Lanjut usia 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

Lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dan mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

3. Tipe tidak puas

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

4. Tipe pasrah

Lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis (habis gelap datang terang), mengikuti kegiatan beribadat, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.

2.2.5 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Seiring bertambahnya usia, lansia mengalami perubahan secara fisik, mental, psikososial menurut (Nasrullah, 2016) yaitu :

a) Perubahan Fisik

1. Sel: Jumlahnya menjadi sedikit, ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intra seluler.
2. Persarafan: Cepatnya menurun hubungan persarapan, lambat dalam respon waktu untuk meraksi, mengecilnya saraf panca indra sistem pendengaran, presbiakusis, atrofi membran timpani, terjadinya pengumpulan serum karena meningkatnya keratin.
3. Sistem penglihatan: Pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinaps, kornea lebih berbentuk speris, lensa keruh, meningkatnya ambang pengamatan sinar, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang.
4. Sistem Kardiovaskuler: Katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1 % setiap tahun setelah berumur 20 tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meninggi.
5. Sistem respirasi: Otot-otot pernafasan menjadi kaku sehingga menyebabkan menurunnya aktivitas silia. Paru kehilangan elastisitasnya sehingga kapasitas residu meningkat, nafas berat. Kedalaman pernafasan menurun.

6. Sistem gastrointestinal: Kehilangan gigi, sehingga menyebabkan gizi buruk, indera pengecap menurun karena adanya iritasi selaput lendir dan atrofi indera pengecap sampai 80%, kemudian hilangnya sensitifitas saraf pengecap untuk rasa manis dan asin.
7. Sistem genitourinaria: Ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi sehingga aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, GFR menurun sampai 50%. Nilai ambang ginjal terhadap glukosa menjadi meningkat. Vesika urinaria, otot-ototnya menjadi melemah, kapasitasnya menurun sampai 200 cc sehingga vesika urinaria sulit diturunkan pada pria lansia yang akan berakibat retensia urine. Pembesaran prostat, 75% dialami oleh pria diatas 55 tahun. Pada vulva terjadi atrofi sedang vagina terjadi selaput lendir kering, elastisitas jaringan menurun, sekresi berkurang dan menjadi alkali.
8. Sistem endokrin: Pada sistem endokrin hampir semua produksi hormon menurun, sedangkan fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, aktivitas tiroid menurun sehingga menurunkan basal metabolisme rate (BMR). Produksi sel kelamin menurun seperti: progesteron, estrogen dan testosterone.
9. Sistem integumen: Pada kulit menjadi keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kepala dan rambut menipis menjadi kelabu, sedangkan rambut dalam telinga dan hidung menebal. kuku menjadi keras dan rapuh.

10. Sistem muskuloskeletal: Tulang kehilangan densitasnya dan makin rapuh menjadi kiposis, tinggi badan menjadi berkurang yang disebut discus vertebrae menipis, tendon mengkerut dan atrofi serat erabit otot, sehingga lansia menjadi lamban bergerak, otot kram, dan tremor.

b) Perubahan Mental

1. Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa (kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan, lingkungan)
2. Kenangan memori (kenangan jangka panjang berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu & kenangan jangka pendek : 0-10 menit)

3. Intelektual Question :

- 1) Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal
- 2) Berkurangnya penampilan, persepsi dan keterampilan psikomotor terjadi perubahan pada daya membayangkan, karena tekanan-tekanan dari faktor waktu.

c) Perubahan-Perubahan Psikososial

1. Kehilangan finansial (pendapatan berkurang)
2. Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan/posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan semua fasilitas)
3. Kehilangan teman/kenalan atau relasi

4. Kehilangan pekerjaan/kegiatan
5. Merasakan atau sadar terhadap kematian, perubahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit)
6. Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat pada penghasilan yang sulit, biaya pengobatan bertambah
7. Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan
8. Timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial
9. Adanya gangguan saraf panca-indra, timbul kebutaan dan ketulian

2.2.6 Teori Syndroma Geriatri 14.i

Sindroma geriatri ialah kondisi klinis pada orang tua yang mempengaruhi kualitas hidup dan dikaitkan dengan kecacatan. Tamplan klinis yang tidak khas sering membuat sindrom geriatri tidak terdiagnosis (Vina, 2015).

Sindrom geriatri meliputi gangguan kognitif, depresi, inkontinesia, ketergantungan fungsional, dan jatuh. Sindrom ini dapat menyebabkan angka morbiditas yang signifikan dan keadaan yang buruk pada usia tua yang lemah. Sindrom ini biasanya melibatkan beberapa sistem organ. Sindrom geriatrik mungkin memiliki kesamaan patofisiologi meskipun presentasi yang berbeda, dan memerlukan intervensi dan strategi yang berfokus terhadap faktor etiologi (Vina, 2015). Dalam menilai kesehatan lansia perlu dibedakan antara perubahan akibat penuaan dengan perubahan akibat proses patologis. Beberapa problema klinik dari penyakit pada lanjut usia yang sering dijumpai.

Sindrom geriatri antara lain:

- a) *“The O Complex” : fall, confusion, incontinence, iatrogenic disorders, impaired homeostasis*
- b) *“The Big Three” : Intellectual failure, instability, incontinence*
- c) *“The 14 I” : Immobility, impaction, Instability, iatrogenic, intellectual Impairment, Insomnia, Incontinence, Isolation, Impotence, Immunodefficiency, Infection, Inanition, Impairment of Vision, Smelling, Hearing, Impecunity.*

Jenis dan klasifikasi geriatri *The 14 I* antara lain :

- a) Imobility (Imobilisasi)

Menurut Setiati (2014) imobilisasi ialah keadaan tidak bergerak/tirah baring selama 3 hari atau lebih, diiringi gerak anatomis tubuh yang menghilang akibat perubahan fungsi fisiologis. Berbagai faktor fisik, psikologis, dan lingkungan dapat menyebabkan imobilisasi pada usia lanjut. Penyebab utama imobilisasi adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekuatan otot, ketidakseimbangan dan masalah psikologis. Tanda dan gejalanya yaitu :

1. Tidak mampu bergerak atau beraktifitas sesuai kebutuhan
2. Keterbatasan mengerjakan sendi
3. Adnya kerusakan aktivitas
4. Penurunan ADL dibantu orang lain
5. Malas untuk bergerak atau latihan mobilitas

- b) Instability (Instabilitas dan jatuh)

Gangguan keseimbangan (instabilitas) akan memudahkan pasien geriatri terjatuh dan dapat mengalami patah tulang. Terdapat banyak faktor yang berperan untuk terjadinya instabilitas dan jatuh pada orang usia lanjut. Berbagai faktor tersebut dapat diklasifikasikan sebagai faktor instrinsik

(faktor risiko yang ada pada pasien) dan faktor risiko ekstrinsik (faktor yang terdapat di lingkungan) (Setiati, 2014).

Prinsip dasar tatalaksana usia lanjut dengan masalah instabilitas dan riwayat jatuh adalah mengobati berbagai kondisi yang mendasari instabilitas dan jatuh, memberikan terapi fisik dan penyuluhan berupa latihan cara berjalan, penguatan otot, alat bantu, sepatu atau sandal yang sesuai, serta mengubah lingkungan agar lebih aman seperti pencahayaan yang cukup, pegangan, lantai yang tidak licin (Setiati, 2014).

c) Intelektual Impairment (Gangguan Kognitif)

Keadaan yang terutama menyebabkan gangguan intelektual pada pasien lanjut usia adalah delirium dan demensia. Demensia adalah gangguan fungsi intelektual dan memori yang dapat disebabkan oleh penyakit otak, yang tidak berhubungantingkat kesadaran. Demensia tudak hanya masalah pada memori. Demensia mencakup berkurangnya kemampuan untuk mengenali, berpikir, menyimpan atau mengingat pengalaman yang lalu dan juga kehilangan pola sentuh, psien menjadi perasa dan terganggunya aktivitas.

d) Incontinence (Inkontinensia Urin dan alvi)

WHO mendefinisikan Faecal Incontinence sebagai hilangnya tak sadar feses cair atau padat yang merupakan masalah sosial atau higienis. Definisi lain menyatakan inkontinensia alvi/fekal sebagai perjalanan spontan atau keyidakmampuan untuk mengendalikan pembuangan feses melalui anus. Kejadian inkontinensia alvi/fekal lebih jarang dibandingkan inkontinensia urin (Setiati, 2014).

Inkontinensia urin didefinisikan sebagai keluarnya urin yang tidak terkendali pada waktu yang tidak dikehendaki tanpa memperhatikan frekuensi dan jumlahnya, sehingga mengakibatkan masalah sosial dan higienis. Inkontinensia urin seringkali tidak dilaporkan oleh pasien atau keluarga karena malu atau tabu untuk diceritakan, ketidaktahuan dan menganggapnya sebagai sesuatu yang wajar pada orang usia lanjut serta tidak perlu diobati (Setiati, 2014).

1) Inkontinensia urin akut reversibel

Setiap kondisi yang menghambat mobilitas pasien dapat memicu timbulnya inkontinensia urin fungsional atau memburuknya inkontinensia persisten, seperti fraktur tulang pinggul, stroke, arthritis dan sebagainya. Resistensi urin karena obat-obatan atau obstruksi anatomis dapat pula menyebabkan inkontinensia urin. Keadaan inflamasi pada vagina dan uretra mungkin kan memicu inkontinensia urin. Konstipasi juga sering menyebabkan inkontinensia akut.

2) Inkontinensia urin persisen

Diklasifikasikan dalam berbagai cara meliputi anatomi, patofisiologi dan klinis. Untuk kepentingan praktek klinis, klasifikasi klinis lebih bermanfaat karena dapat membantu evaluasi dan intervensi klinis. Kategori meliputi:

3) Inkontinensia urin stres

Tidak terkendalinya aliran urin akibat meningkatnya tekanan intraabdominal seperti pada saat batuk, bersin atau berolahraga. Umumnya disebabkan oleh melemahnya urin pada lansia dibawah 75 tahun. Lebih

sering terjadi pada wanita tetapi mungkin terjadi pada laki-laki akibat kerusakan pada sfingter urethra setelah pembedahan transurethral dan radiasi. Pasien mengeluh mengeluarkan urin pada saat tertawa, batuk atau berdiri. Jumlah urin yang keluar dapat sedikit atau banyak. Ditandai dengan tanda dan gejala keluarnya urin selama batuk, mengejan

4) Inkontinensia urin urgensi

Keluarnya urin secara tak terkendali dikaitkan dengan sensasi keinginan berkemih. Inkontinensia urin jenis ini umumnya dikaitkan dengan kontraksi detrusor tak terkendali. Masalah-masalah neurologis sering dikaitkan dengan inkontinensia urin urgensi ini, meliputi stroke, penyakit parkinson, demensia dan cedera medula spinalis. Pasien mengeluh tak cukup waktu untuk sampai ke toilet setelah timbul keinginan untuk berkemih sehingga timbul peristiwa inkontinensia urin. Inkontinensia tipe urgensi ini merupakan penyebab tersering inkontinensia pada lansia di atas 75 tahun. Ditandai dengan tanda dan gejala ketidakmampuan menahan keluarnya urin dengan gambaran seringnya terburu-buru berkemih.

5) Inkontinensia urin luapan/overflow

Tidak terkendalinya pengeluaran urin dikaitkan dengan distensi kandung kemih yang berlebihan. Hal ini disebabkan oleh obstruksi anatomis, seperti pembesaran prostat, faktor neurogenik pada diabetes melitus atau sclerosis multiple yang menyebabkan berkurang atau tidak berkontraksinya kandung kemih dan faktor-faktor obat-obatan. Pasien

mengeluh keluarnya sedikit urin tanpa adanya sensasi bahwa kandung kemih sudah penuh.

6) Inkontenansia urin fungsional

Keadaan yang mengalami pengeluaran urin secara tanpa disadari dan tidak dapat diperkirakan. Inkontenansia fungsional merupakan intenkonsia dengan fungsi saluran kemih bagian bawah yang utuh tetapi ada faktor lain seperti gangguan kognitif berat menyebabkan pasien sulit untuk mengidentifikasi perlunya urinasi (misal demensia Alzheimer) atau gangguan fisik yang menyebabkan pasien sulit atau tidak mungkin menjangkau toilet untuk melakukan urinasi.

e) Isolation (Depresi)

Menurut Setiati (2014) gangguan depresi pada usia lanjut kurang dipahami sehingga banyak kasus tidak dikenali. Gejala depresi pada usia lanjut sering kali dianggap sebagai bagian dari proses menua. Faktor yang memperberat depresi adalah kehilangan orang yang dicintai, kehilangan rasa aman, taraf kesehatan menurun. Tanda dan gejala :

1. Gangguan tidur
2. Keluhan somatik berupa nyeri kepala, dizzy (puyeng), pandangan kabur, gangguan saluran cerna, gangguan nafsu makan, kontipasi, perubahan berat badan
3. Gangguan psikomotor berupa aktivitas tubuh meningkat, aktivitas mental meningkat atau menurun, tidak mengacuhkan kejadian disekitarnya, fungsi seksual berubah (libido menurun), gejala biasanya lebih buruk dipagi hari.

f) Impotence (impotensi)

Prevalensi 50% pria pada umur 65 tahun dan 75 % pria pada usia 80 tahun mengalami impotensi. 25 % terjadi akibat mengkonsumsi obat-obatan seperti : anti hipertensi, anti psikosa, anti depressant, litium (mood stabilizer). Selain karena mengkonsumsi obat-obatan, impotensi dapat terjadi akibat menurunnya kadar hormon. Tanda dan gejalanya yaitu :

1. Tidak mampu ereksi sama sekali atau tidak mampu mempertahankan ereksi secara berulang (paling tidak selama 3 bulan)
2. Tidak mampu mencapai ereksi yang konsisten
3. Ereksi hanya sesaat

g) Immunodeficiency (penurunan imunitas)

Menurut Setiati (2014) perubahan yang dapat terjadi dari proses menua adalah: berkurangnya imunitas yang dimediasi oleh sel, rendahnya afinitas produksi antibodi, meningkatnya autoantibodi, terganggunya fungsi makrofag, berkurangnya hipersensitivitas tipe lambat, atrofi timus, hilangnya hormon timus, berkurangnya produksi sel B oleh sel-sel sumsum tulang. Tanda dan gejalanya yaitu :

1. Sering terjadi infeksi virus atau jamur dibandingkan bakteri
2. Diare kronik umum terjadi (sering disebut gastroenteritis)
3. Infeksi respiratorius dan oral thrush umum terjadi
4. Terjadi failure to thrive tanpa adanya infeksi

h) Infection (infeksi)

Infeksi sangat erat kaitannya dengan penurunan fungsi sistem imun pada usia lanjut. Infeksi yang sering dijumpai adalah saluran kemih, pneumonia,

sepsis dan meningitis. Kondisi lain seperti kurang gizi, multipatologi, dan faktor lingkungan memudahkan usia lanjut terkena infeksi (Setiati (2014).

i) Inanitation (malnutrisi)

Etiologi malnutrisi yaitu : malnutrisi primer terjadi sebab dietnya mutlak salah satu kurang, malnutrisi sekunder atau bersyarat. Kelemahan nutrisi pada hendaya terjadi pada lansia karena kehilangan berat badan fisiologis dan patologis yang tidak disengaja. Anoreksia pada lanjut usia merupakan penurunan fisiologis nafsu makan dan asupan makan yang menyebabkan kehilangan berat badan yang tidak diinginkan. Faktor predisposisi malnutrisi adalah: pancaindra untuk rasa dan bau berkurang, kehilangan gigi alaminya, gangguan motilitas usus akibat tonus otot menurun, penurunan produksi asam lambung. Tanda dan gejala antara lain :

1. Kelelahan dan kekurangan energi
2. Pusing
3. Sistem kekebalan tubuh yang rendah (mengakibatkan tubuh kesulitan melawan infeksi
4. Kulit kering dan bersisik
5. Gigi yang membusuk'
6. Gusi bengkak dan berdarah
7. Sulit untuk berkonsentrasi dan mempunyai reaksi yang lambat
8. Badan badan kurang
9. Pertumbuhan yang lambat
10. Kelemahan pada otot
11. Perut kembung

12. Tulang yang mudah patah

13. Terdapat masalah pada fungsi organ tubuh

j) Impaction (konstipasi)

Konstipasi oleh Holson adalah 2 dari keluhan-keluhan berikut yang berlangsung dalam 3 bulan, konsistensi feses keras, mengejan dnegna keras saat BAB, rasa tidak tuntas saat BAB meliputi 25 % dari keseluruhan BAB. Faktor resiko yang menyebabkan konstipasi adalah: obat-obatan (narkotik golongan NSAID , antasid aluminium, diuretik, analgeti), kondisi neurologis, gangguan metabolik, psikologis, penyakit saluran cerna, lain-lain (diet rendah serat, kurang olahraga, kurnag cairan). Tanda dan gejala :

1. Kesulitan memulai dan menyelesaikan BAB
2. Mengejan keras saat BAB
3. Masa feses yang keras dan sulit keluar
4. Perasaan tidak tuntas saat BAB
5. Sakit pada daerah rectum saat BAB
6. Adanya perembesan feses cair pada pakaian dalam
7. Menggunakan bantuan jari-jari untuk mengeluarkan feses
8. Menggunakan obat-obatan pencahar untuk bisa BAB

k) Insomnia (gangguan tidur)

Menurut Setiati (2014) gangguan tidur yang sering dijumpai pada pasien geriatri. Umumnya mereka mengeluh bahwa tidurnya tidak memuaskan dan sulit memetahankan kondisi tidur. Sekitar 57% orang lanjut usia di komunitas mengalami insomnia kronis, 30% pasien usia lanjut mengeluh tetap terjaga sepnjang malam, 19 % mengeluh bangun terlalu pagi, dan 19 %

mengalami kesulitan untuk tertidur. Pada usia lanjut umumnya mengalami gangguan tidur seperti: kesulitan untuk tertidur, kesulitan mempertahankan tidur nyenyak, bangun terlalu pagi. Faktor yang menyebabkan insomnia: perubahan irama sirkadian, gangguan tidur primer, penyakit fisik (hipertiroid, arteritis), penyakit jiwa, pengobatan polifarmasi, demensia. Tanda dan gejalanya yaitu :

1. Perasaan sulit tidur, bangun terlalu awal
2. Wajah kelihatan kusam
3. Mata merah, hingga timbul bayangan gelap dibawah mata
4. Lemas, mudah cemas
5. Sulit berkonsentrasi, depresi, gangguan memori dan mudah tersinggung

l) Latrogenik disorder (gangguan latrogenik)

Karakteristik yang khas dari pasien geriatri yaitu multipatologik, sering kali menyebabkan pasien mengkonsumsi obat yang tidak sedikit jumlahnya. Pemberian oabta pada lansia haruslah sangat hati-hati dan rasional karena obat akan dimetabolisme dihati sedangkan pada lansia terjadi penurunan faal hati juga terjadi penurunan faal ginjal (jumlah glomerulus berkurang), dimana sebagian besar obat dikeluarkan melalui ginjal sehingga pada lansia sisa metabolisme obat tidak dapat dikeluarkan dengan baik dan dapat berefek toksik.

m) Gangguan pendengaran, penglihatan dan penciuman

Gangguan penglihatan dan pendengaran juga sering dianggap sebagai hal yang biasa akibat proses menua. Prevalensi gangguan penglihatan pada pasien geriatri yang dirawat di Indonesia mencapai 24,8%. Gangguan

penglihatan berhubungan dengan penurunan kegiatan waktu senggang, status fungsional, fungsi sosial dan mobilitas. Gangguan penglihatan dan pendengaran berhubungan dengan kualitas hidup, meningkatkan disabilitas fisik, ketidakseimbangan, jatuh, fraktur panggul dan mortalitas (Setiati (2014).

2.2.7 Masalah Yang terjadi Pada Lansia

Masalah yang terjadi pada lansia menurut Lilik (2015) antara lain :

1. Masalah Gizi

a) Gizi Berlebihan

Kebiasaan makan banyak pada waktu muda menyebabkan berat badan berlebihan, apalagi pada lanjut usia penggunaan kalori berkurang karena berkurangnya aktivitas fisik. Kebiasaan makan tersebut sukar diubah walaupun disadari untuk mengurangi makan. Kegemukan merupakan salah satu pencetus berbagai penyakit, misalnya penyakit jantung, diabetes melitus, penyempitan pembuluh darah, dan tekanan darah tinggi.

b) Gizi Kurang

Gizi kurang sering disebabkan oleh masalah-masalah sosial ekonomi dan juga karena gangguan penyakit. Bila konsumsi kalori terlalu rendah dari yang dibutuhkan menyebabkan berat badan berkurang dari normal. Apabila hal ini disertai dengan kekurangan protein menyebabkan kerusakan-kerusakan sel yang tidak dapat

diperbaiki, akibatnya rambut rontok, daya tahan terhadap penyakit menurun kemungkinan akan mudah kena infeksi pada organ-organ tubuh yang vital.

c) Kekurangan Vitamin

Apabila konsumsi buah dan sayur-sayuran dalam makanan kurang, apabila ditambah dengan kekurangan protein dalam makanan, akibatnya nafsu makan berkurang, penglihatan menurun, kulit kering, lesu, dan tidak semangat.

2. Resiko Cidera (Jatuh)

Jatuh akan menyebabkan cedera jaringan lunak bahkan fraktur pangkal paha atau pergelangan tangan. Keadaan tersebut menyebabkan nyeri dan immobilisasi dengan segala akibatnya. Banyak faktor resiko yang dapat diidentifikasi serta tak sedikit hal-hal yang dapat dimodifikasi agar jatuh tak terjadi/tak terulang.

a) Faktor Resiko Internal

Gangguan penglihatan, gangguan adaptasi gelap, infeksi telinga, obat golongan Aminoglikosida, vertigo, perkapuran vertebra servikal, gangguan aliran darah otak, artritis, lemah otot tungkai, hipotensi postural, pnemoni, penyakit sistemik (ISK, gagal jantung, dehidrasi, diabetes melitus, hipoglikemi).

b) Faktor Resiko Eksternal

Turun tangga, benda-benda yang harus dilangkahi, lantai licin, kain atau celana terlalu panjang, tali sepatu, tempat tidur terlalu tinggi atau terlalu rendah, kursi roda tidak terkunci, penerangan kurang, tempat kaki kursi roda, kamar mandi jauh dari kamar, toilet terlalu rendah.

c) Tindakan

- 1) Identifikasi faktor resiko
- 2) Perhatikan kelainan cara berjalan/duduk
- 3) Romberg test
- 4) Uji keseimbangan sederhana
- 5) Berkurangnya lebar Langkah
- 6) Modifikasi faktor resiko internal.

3. Delirium

Salah satu karakteristik pasien geriatri adalah gejala dan tanda penyakit tidak khas sesuai dengan organ/sistem organ yang sakit. Seringkali suatu penyakit sistemik dimunculkan dalam bentuk gangguan kesadaran walaupun sistem saraf pusat tidak terganggu. Walaupun demikian penyakit susunan saraf pusat juga tetap dapat muncul dalam bentuk gangguan kesadaran. Dengan demikian maka perlu ditingkatkan kewaspadaan untuk mendeteksi sedini mungkin kelainan-kelainan sistemik yang dapat mendasari delirium agar penyakit tidak berkembang menjadi berat. Penyebab delirium dapat dikarenakan oleh stroke, tumor otak, pneumonia, ISK, dehidrasi, diare, hiper/hipoglikemia, hipoksia dan putus obat. Adapun gejala-gejala yang dapat

dimunculkan antara lain kurang perhatian, gelisah, gangguan pola tidur, murung, perubahan kesadaran, disorientasi, halusinasi, sulit konsentrasi, sangat mudah lupa, hipoaktif, hiperaktif. Beberapa hal yang harus diperhatikan oleh perawat adalah sakit kepala/pusing dikaji dengan cermat, perhatikan keluhan penglihatan, atasi batuk pilek meriang secepatnya. Identifikasi dan konsul lebih lanjut bila ada keluhan berkemih, nafsu makan berkurang, muntah berak, mual, berkeringat dingin, pingsan sesaat.

4. Immobilisasi

Immobilisasi atau berbaring terus ditempat tidur dapat menimbulkan atrofi otot, dekubitus dan malnutrisi serta pneumonia. Faktor resiko: Osteoarthritis, fraktur, stroke, demensia, vertigo, PPOK, hipotyroid, gangguan penglihatan, hipotensi postural, anemia, nyeri, lemah otot, keterbatasan ruang lingkup gerak sendi, dan sesak nafas.

5. Hipertensi

Penelitian epidemiologi didapatkan bahwa dengan meningkatnya umur dan tekanan darah meninggi. Hipertensi menjadi masalah pada lanjut usia karena sering ditemukan dan menjadi faktor utama stroke, payah jantung, dan penyakit jantung kroner. Lebih dari separuh kematian diatas usia 60 tahun disebabkan oleh penyakit jantung dan serebro vaskuler.

Secara nyata kematian karena kelainan ini, morbiditas penyakit kardiovaskuler menurun dengan pengobatan hipertensi. Hipertensi pada lanjut usia dibedakan sebagai berikut :

- a. Hipertensi pada tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmhg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih dari 90 mmHg.
- b. Hipertensi sistolik terisolasi: tekanan sistolik lebih besar dari 190 mmhg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

2.2.8 Faktor Yang Mempengaruhi Kemandirian Lansia

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemandirian lansia menurut Hardywinoto (2014) antara lain :

- a. Faktor Kesehatan.
 1. Kesehatan Fisik : Pada umumnya kebugaran dan kesehatan mulai menurun pada usia setengah baya. penyakit–penyakit degenerative mulai menampakan diri pada usia ini
 2. Kesehatan Psikis : Masalah psikologi lansia pertama kali mengenai sikap mereka sendiri terhadap proses menua yang mereka hadapi, antara lain kemunduran badaniah atau dalam kebingungan untuk memikirkannya atau disebut disengagementtheory, dimana ada penarikan diri dari masyarakat dan diri pribadinya satu sama lain

- b. Faktor Sosial

Hubungan ini mendatangkan kepuasan yang timbul dari perilaku orang lain. Pengkajian fungsional yang di pakai dalam penelitian ini yaitu Barthel Index. Barthel index merupakan pengukuran tingkat ketergantungan dalam pengkajian fungsional. Barthel Index ini melakukan penilaian berdasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktifitas fungsional

untuk evaluasi kemampuan fungsi mandiri atau bergantung dari lansia yang di nilai fungsi mobilitas dari ADL.

2.2.9 Activity Of Daily Living (ADL)

Activities Of Daily Living (ADL) atau aktivitas sehari-hari adalah sekumpulan kegiatan yang dilakukan oleh lansia untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. aktivitas tersebut meliputi mandi, berpakaian, berpindah dari tempat tidur atau kursi, berjalan, menggunakan toilet, dan makan (Fauziningtyas et al., 2017). Seiring terjadinya proses penuaan maka akan terjadi perubahan ataupun kemunduran dalam ADL lansia. oleh karena itu, perawat harus memiliki kemampuan dalam mengkaji kemampuan ADL lansia.

2.2.10 Faktor Yang Mempengaruhi ADL

Kemauan dan kemampuan untuk melakukan *activity of daily living* tergantung pada beberapa faktor sebagai berikut (Hardywinoto, 2014) :

1. Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *activity of daily living*. Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan-lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan *activity of daily living*.

2. Kesehatan Fisiologis

Seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam *activity of daily living*, contoh sistem nerveus mengumpulkan, menghantarkan, dan

mengolah informasi dari lingkungan. Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injury dapat mengganggu pemenuhan *activity of daily living*.

3. Fungsi Kognitif

Kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living*. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan *activity of daily living*. Berikut ini adalah pengkajian kognitif yang biasa dilakukan pada lansia :

a) Pengkajian SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

Mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan matematis.

b) Pengkajian MMSE (*Mini Mental State Examination*)

Melengkapi dan nilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostik. Pengkajian ini menguji aspek kognitif dari fungsi mental seperti orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas

Nama, umur, agama, jenis kelamin, tempat tinggal (alamat), pekerjaan, pendidikan dan status ekonomi, no.telp keluarga yang bisa dihubungi, tanggal datang dipanti, lama tinggal dipanti (Heru Sulistijono, Minarti, 2015).

b. Status Kesehatan Sekarang

Status kesehatan sekarang meliputi keluhan utama, riwayat penyakit, pengetahuan usaha yang dilakukan untuk mengatasi keluhan tersebut, obat-obatan apa saja yang diminum untuk mengatasi penyakitnya, adakah riwayat alergi (Heru Sulistijono, Minarti, 2015).

c. *Age Related Changes (perubahan terkait proses menua)*

Tabel 2.3 Pengkajian Fungsi Fisiologis

No	Fungsi Fisiologis	Ya	Tidak
1.	Kondisi umum 1. Kelelahan 2. Adakah perubahan pada BB 3. Adakah perubahan nafsu makan 4. Adakah adanya masalah pada pola tidur 5. Kemampuan ADL 6. Hasil TTV (TD, Nadi, Suhu, RR)		
2.	Integumen 1. Adakah adanya lesi/luka 2. Pruritus 3. Perubahan pigmen 4. Memar 5. Pola penyembuhan luka		
3.	Hematopoetic 1. Perdarahan abnormal 2. Pembekakan kelenjar limfe 3. Anemia		
4.	Kepala 1. Sakit kepala		

	<ul style="list-style-type: none"> 2. Pusing 3. Gatal pada kulit kepala 4. Rambut rontok 		
5.	<p>Mata</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Adakah perubahan penglihatan (kabur) 2. Konjungtiva (anemis) 3. Sklera (ikterik) 4. Pakai kaca mata 5. Strabismus 6. Kekeringan mata 7. Nyeri 8. Gatal 9. Photophobia 10. Diplobia 11. Adakah riwayat infeksi 12. Adakah riwayat katarak 		
6.	<p>Telinga</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Penurunan pendengaran 2. Discharge 3. Tinitus 4. Vertigo 5. Alat bantu dengar 6. Riwayat infeksi 7. Kebiasaan membersihkan telinga 8. Dampak pada ADL 		
7.	<p>Hidung Sinus</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Rhinorrhea 2. Discharge 3. Epistaksis 4. Obstruksi 5. Snoring 6. Alergi 7. Riwayat infeksi 8. Gangguan penciuman 9. Bentuk (simetris) 		
10.	<p>Mulut, tenggorokan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Nyeri telan 2. Kesulitan menelan/mengunyah 3. Lesi 4. Perdarahan gusi 5. Caries 6. Perubahan rasa 7. Gigi palsu 8. Riwayat infeksi 9. Mukosa (lembab) 10. Pola sikat gigi 		
9.	<p>Leher</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kekauan 		

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Nyeri tekan 3. Massa 4. Adakah pembesaran kelenjar tyroid 		
11.	Pernafasan <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk 2. Nafas pendek 3. Hemoptisis 4. Wheezing 5. Rhonci 6. Asma 		
11.	Kardiovaskuler <ol style="list-style-type: none"> 1. Chest pain 2. Palpitasi 3. Dipsnoe 4. Proximal nocturnal 5. Orthopnea 6. Murmur 7. Edema 		
12.	Gastrointestinal <ol style="list-style-type: none"> 1. Disphagia 2. Nausea/vomiting 3. Hematemesis 4. Perubahan nafsu makan 5. Massa 6. Jaundice 7. Perubahan pola BAB 8. Melena 9. Hemorhoid 10. Pola BAB 		
13.	Perkemihan <ol style="list-style-type: none"> 1. Dysuria 2. Frekuensi 3. Hesitancy 4. Urgency 5. Hematuria 6. Poliuria 7. Oliguria 8. Nocturia 9. Inkontinensia 10. Nyeri berkemih 11. Pola BAK 		
14.	Reproduksi (laki-laki) <ol style="list-style-type: none"> 1. Lesi 2. Discharge 3. Testicular pain 4. Testicular massa 5. Perubahan gairah sex 6. Impotensi 		

	Reproduksi (perempuan) <ol style="list-style-type: none"> 1. Lesi 2. Discharge 3. Postcoital bleeding 4. Nyeri pelvis 5. Prolap 6. Riwayat menstruasi 7. Aktifitas sexual 8. Pap smear 		
15.	Muskuloskeletal <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri sendi 2. Bengkak 3. Kaku sendi 4. Deformitas 5. Spasme 6. Kram 7. Kelemahan otot 8. Masalah gaya berjalan 9. Nyeri punggung 10. Pola latihan 11. Dampak ADL 12. Kekuatan otot 13. Penggunaan alat bantu 14. Refleks (biceps, tricep, knee, achites) 		
16.	Persyarafan <ol style="list-style-type: none"> 1. Headache 2. Seizures 3. Syncope 4. Tic/tremor 5. Paralysis 6. Paresis 7. Masalah memori 		

Sumber : (Heru Sulistijono, Minarti, 2015).

d. Potensi pertumbuhan psikososial dan spiritual

Tabel 2.4 Pengkajian Psikososial

Psikososial	Ya	tidak
1. Cemas		
2. Depresi		
3. Ketakutan		
4. Insomnia		

5. Kesulitan dalam mengambil keputusan		
6. Kesulitan konsentrasi		
7. Mekanisme koping :		
8. Persepsi tentang kematian :		
9. Dampak pada ADL :		

Pengkajian spiritual meliputi apa saja aktifitas dalam beribadah, adakah hambatan yang dialami, aktivitas rekreasi, aktivitas interaksi (Heru Sulistijono, Minarti, 2015).

- e. Lingkungan : terdiri dari kamar tidur, kamar mandi, dalam rumah dan wisma, luas rumah (Heru Sulistijono, Minarti, 2015).

f. *Negative Functional Consequences*

1. Kemampuan ADL (Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-Hari dengan Indeks Barthel)

Tabel 2.5 Indeks Barthel

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Skor yang didapat
1.	Makan	5	10	
2.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5-10	15	
3.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	
4.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
5.	Mandi	0	5	
6.	Berjalan dipermukaan datar (jika tidak bisa, dengan kursi roda)	0	5	
7.	Naik turun tangga	5	10	
8.	Mengenakan pakaian	5	10	
9.	Kontrol bowel (BAB)	5	10	

10.	Kontrol bladder (BAK)	5	10	
Jumlah		35-45	90	
Kategori : Mandiri = 72-90 Ketergantuan parsial = 54-71 Ketergantungan total = 35-53				

Sumber (Heru Sulistijono, Minarti, 2015).

2. Aspek Kognitif

a. MMSE (*Mini Mental State Examination*)

Tabel 2.6 MMSE (Mini Mental State Examination)

No	Aspek kognitif	Nilai maks	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun : Musim : Tanggal : Hari : Bulan :
2.	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada ? Negara : Propinsi : Kabupaten / Kota : Panti : Wisma :
3.	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama objek (misal : Kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1. Kursi. 2. Kertas. 3. Meja.
4.	Perhatian & Kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurang 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1. 93 2. 79 3. 65 4. 86 5. 72
5.	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada point ke-2 (tiap poin nilai 1)

6.	Bahasa	9		<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambal menunjukan benda tersebut).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantal 2. Lemari 3. Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) <p>Klien menjawab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah berikut : 2. Ambil kertas ditangan anda Lipat dua 3. Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 4. “Tutup mata anda” 5. Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 6. Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk
Total nilai		30		
<p>Interpretasi hasil :</p> <p>24 - 30 = Tidak ada gangguan kognitif.</p> <p>18 - 23 = Gangguan kognitif sedang.</p> <p>0 - 17 = Gangguan kognitif berat.</p>				

Sumber : (Nasrullah, 2016).

b. SPMSQ (*Short Portable Mental Stase Examination*)

Tabel 2.7 SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Tanggal berapa hari ini ?		
2.	Hari apa sekarang ?		
3.	Apa nama tempat ini ?		
4.	Diamana 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.	Kurang dari 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun?		
<p>Interpretasi :</p> <p>Salah 0 - 3 : Fungsi intelektual utuh.</p> <p>Salah 4 - 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan.</p> <p>Salah 6 - 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang.</p> <p>Salah 9 - 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat.</p>			

Sumber : (Nasrullah, 2016).

3. Tes Keseimbangan Menggunakan TUG (Time Up Go Test)

Tabel 2.8 TUG (*Time Up Go Test*)

No	Tanggal pemeriksaan	Hasil TUG (Detik)
Rata-rata waktu TUG		
Interprestasi hasil :		
>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		

Sumber (Heru Sulistijono, Minarti, 2015).

4. Kecemasan,GDS

Tabel 2.9 Pengkajian Depresi

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

	waktu			
6.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	
13.	Anda merasa diri anda sangat energik/bersemangat	0	1	
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	
Interpretasi : Jika diperoleh skore 5 atau lebih maka diindikasikan depresi				

Sumber (Heru Sulistijono, Minarti, 2015).

5. Status nutrisi

Tabel 2.10 Pengkajian Determinan Nutrisi Pada Lansia

No	Indikator	Score	Hasil
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	
2.	Makanan < 2 kali/hari	3	
3.	Makan sedikit buah, sayur, atau olahan susu	2	
4.	Mempunyai 3 atau lebih kebiasaan minum alkohol setiap harinya	2	
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	
7.	Lebih sering makan sendirian	1	
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap hari	1	
9.	Mengalami penurunan BB 5kg dalam 6 bulan terakhir	2	
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	
Interpretasi : 0-2 = good 3-5 = moderate nutritional risk			

>6 = high nutritional risk

Sumber (Heru Sulistijono, Minarti, 2015).

6. Fungsi sosial lansia

Tabel 2.11 APGAR Keluarga dengan Lansia

No	Uraian	Fungsi	Skor
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/teman-teman saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	<i>Adaptation</i>	Hampir tidak pernah (0) Kadang-kadang (1) Selalu (2)
2.	Saya puas dengan cara keluarga/teman-teman saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	<i>Partnership</i>	Hampir tidak pernah (0) Kadang-kadang (1) Selalu (2)
3.	Saya puas dengan cara keluarga/teman-teman saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas/arah baru	<i>Growth</i>	Hampir tidak pernah (0) Kadang-kadang (1) Selalu (2)
4.	Saya puas dengan cara keluarga/teman-teman saya mengekspresikann afek dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih	<i>Affection</i>	Hampir tidak pernah (0) Kadang-kadang (1) Selalu (2)
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	<i>Resolve</i>	Hampir tidak pernah (0) Kadang-kadang (1) Selalu (2)
Interpretasi : <3 = disfungsi berat 4-6 = disfungsi sedang >6 = fungsi baik			

Sumber (Heru Sulistijono, Minarti, 2015).

g. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

1. Kebiasaan merokok (> 3 batang sehari, <3 batang sehari, tidak merokok)
2. Frekuensi makan (1xsehari, 2x sehari, 3x sehari, tidak teratur), jumlah makanan yang dihabiskan (1porisi, ½ porisi, < ½ porisi,), makanan tambahan (dihabiskan,tidak dihabiskan, kadang habis)
3. Frekuensi minum (<3gelas sehari, >3 gelas sehari)jika < 3 gelas sehari

alasanya kenapa (takut kencing malam hari, tidak haus, persediaan air minum terbatas, kebiasaan minum sedikit), Jenis minuman (air putih, the, kopi, susu dll)

4. Jumlah waktu tidur (<4jam, 4-6 jam, >6 jam), gangguan tidur berupa (insomnia, sering terbangun, sulit mengawali, tidak ada gangguan), penggunaan waktu luang ketika tidak tidur (santai, diam saja, keterampilan, kegiatan keagamaan)
5. Frrekuensi BAB (1xsehari, 2xsehari), konsistensi (encer,keras,lembek), gangguan BAB (inkontinensia alvi, konstipasi, diare, tidak ada)
6. Frekuensi BAK (1-3xsehari, 4-6xsehari, >6xsehari), warna urine (kuning jernih, putih jernih, kuning keruh), gangguan BAK (inkontinensia urine, retensi urine, tidak gangguan)
7. Pola aktifitas produktif yang dilakukan lansia (membantu kegiatan dapur, berkebun, pekerjaan rumah tangga, keterampilan tangan)
8. Pola pemenuhan kebersihan diri yaitu mandi (1xsehari, 2xsehari, 3xsehari, <1xsehari), memakai sabun (ya/tidak), sikat gigi (1xsehari, 2xsehari,tidak pernah), menggunakan pasta gigi (ya/tidak), kebiasaan berganti pakaian bersih (1xsehari, >1xsehari, tidak ganti)

2.3.2 Masalah Keperawatan

1. Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload (SDKI D.0008 Hal 34)
2. Nyeri akut b.d. agen pendera fisik (SDKI D.0077 Hal 172)
3. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (SDKI D.0056, hal 128)

2.3.3 Rencana Intervensi Keperawatan

Tabel 2.12 Rencana Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload (SDKI D.0008 Hal 34)	<p>Tujuan: Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, ketidakefektifan jantung memompa darah meingkat dengan kriteria hasil (SLKI L.02008 Hal 20) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah menurun 2. CRT menurun 3. Palpitasi meningkat 4. Distensi vena jugularis meningkat 5. Gambaran EKG artitmia meningkat 6. Lelah menurun 	<p>Perawatan jantung (SIKI 1.02075 Hal 317)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor TD 4. Monitor intake output cairan 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor keluhan nyeri dada 7. Monitor EKG <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan px semi fowler/fowler dengan posisi yang nyaman 2. Fasilitasi px dan keluarga untuk memotivasi gaya hidup sehat 3. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress 4. Berikan saturasi oksigen utuk mempertahankan saturasi oksigen > 94 % <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 2. Anjurkan berhenti merokok

			<p>3. Anjurkan px dan keluarga mengukur intake dan output cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian antiaritmia</p>
2.	Nyeri akut b.d. agen pendera fisik (SDKI D.0077 Hal 172)	<p>Tujuan: Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka nyeri menurun dengan kriteria hasil (SLKI, L.08066 hal 145) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Pola napas membaik 6. TD membaik 	<p>Majaemen Nyeri (SIKI, 1.08238 hal 201) :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 4. Monitor efek samping penggunaan analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Konntrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan penyebab nyeri dan strategi meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
3.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (SDKI D.0056, hal 128)	<p>Tujuan: Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka toleransi aktivitas</p>	<p>Manajemen energi (SIKI 1.05178 hal 176) :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan

		<p>meningkat dengan kriteria hasil (SLKI, L.05047 hal 149):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dispneu saat aktivitas menurun 4. Dispneu setelah aktivitas menurun 5. Saturasi oksigen meningkat 6. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 7. TD membaik 	<p>kelelahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 3. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah/berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan aktivitas bertahap 2. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
--	--	--	---

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik dengan diagnosa medis Hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal, 13-15 Januari 2022. Sesuai dengan asuhan keperawatan gerontik dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian,diagnosis kepearwatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Pasien seorang perempuan berinisial Ny.M usia 65 tahun, tanggal datang di UPTD Griya Wredha pada tanggal 27 April 2018 tinggal dipanti kurang lebih selama 4 tahun , beragama islam, status menikah, sumber pendapatan dari anak, tingkat pendidikan SMP, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, system pendukung data dari saudara sepupu.

Keluhan utama pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 Ny.M mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher. nyeri yang dirasakan seperti dipukuli dengan skala nyeri 8 dari skala (0-10), nyeri hilang timbul. Ny.M juga mengatakan bahwa nyeri bagian kaki sebelah kanan, nyeri semakin terasa ketika digerakkan dan jalan terlalu jauh, rasanya seperti ditusu-tusuk dan berat sekali terkadang juga kaku seperti tidak bisa digerakkan skala yang dirasakan adalah 6 dari skala 1-10, nyeri yang dirasa hilang timbul. Ny.M memiliki Riwayat

hipertensi sejak 3 tahun yang lalu, klien rutin meminum obat yaitu Amlodipine 5mg (1x1) dan asam mefenamat 500mg (1x1).

3.1.2 Age Related Changes (Perubahan Terkait Proses Menua)

a) Fungsi Fisiologis

1. Kondisi Umum

Klien tidak kelelahan ketika beraktivitas, terdapat perubahan BB, Tidak ada perubahan nafsu makan, tidak terdapat masalah tidur, kemampuan ADL baik, BB sekarang : 66 kg BB sebulan lalu 72kg TB : 158 cm, suhu 36,5⁰C, nada: 95x/menit, tekanan darah 170/98 mmhg, respirasi : 20x/menit.

2. Integumen

Tidak ada lesi/luka, tidak pruritus, tidak ada perubahan pigmen, tidak memar, kulit lembab, tidak ada penyembuhan lesi

3. Hematopoetic

Perdarahan abnormal tidak ada, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak anemia.

4. Kepala

Klien mengeluh sakit kepala dan leher, klien merasa pusing, tidak ada gatal pada kulit kepala, rambut klien terkadang rontok.

5. Mata

Penglihatan klien tidak kabur, konjungtiva anemis, sklera ikterik, tidak pakai kacamata, tidak strabismus, tidak kekeringan mata, tidak nyeri, tidak gatal, tidak photobobia, tidak diplopia, tidak ada riwayat infeksi, tidak ada riwayat katarak.

6. Telinga

Klien tidak penurunan pendengaran, tidak discharge, tidak tinitus, tidak vertigo, alat bantu dengar menggunakan handphone perawat, tidak ada riwayat infeksi, kebiasaan membersihkan telinga jika kotor, tidak ada dampak pada ADL.

7. Hidung Sinus

Tidak terdapat rhinorrhea, tidak discharge, tidak epistaksis, tidak obstruksi, tidak snoring, tidak ada alergi, tidak ada riwayat infeksi, tidak ada gangguan penciuman, bentuk (simetris).

8. Mulut dan Tenggorokan

Klien tidak mengeluh nyeri telan namun kesulitan mengunyah, tidak terdapat lesi, tidak ada perdarahan gusi, tidak terdapat caries, tidak ada perubahan rasa, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat riwayat infeksi, mukosa (lembab), pola sikat gigi 2x/hari pada saat mandi (pagi dan sore).

9. Leher

Klien mengatakan terdapat kekakuan pada leher, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat massa, tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid.

10. Pernapasan

Tidak batuk, tidak terdapat nafas pendek, tidak terdapat hemoptisis, tidak terdapat wheezing, tidak terdapat ronchi, tidak terdapat asma, tidak terdapat retraksi

11. Kardiovaskuler

Tidak terdapat chest pain, tidak palpitasi, tidak dispnoe, tidak paroximal nocturnal, tidak orthopnea, tidak murmur, tidak edema

12. Gastrointestinal

Tidak terdapat disphagia, tidak nausea/vomiting, tidak hemateemesis, terdapat perubahan nafsu makan, tidak ada massa, tidak jaundice, tidak ada perubahan pola BAB, tidak melena, hemorrhoid tidak ada, pola BAB (2x/sehari).

13. Perkemihan

Tidak dysuria, tidak hesitancy, tidak urgency, tidak hematuria, tidak poliuria, tidak oliguria, tidak nocturia, tidak inkontinensia, tidak terdapat nyeri saat berkemih, pola BAK 4 - 6 x sehari.

14. Reproduksi

Tidak terdapat lesi, tidak discharge, tidak postcoital bleeding, tidak terdapat nyeri pelvis, tidak prolaps, klien sudah manopause, tidak pernah melakukan pap smear, Ny.M sudah tidak melakukan hubungan seksual.

15. Muskuloskeletal

Pasien terdapat nyeri sendi, tidak ada bengkak, kaku sendi, tidak terdapat deformitas, tidak spasme, kadang kram, ada kelemahan otot, tidak ada masalah gaya berjalan, tidak ada nyeri punggung, ekstremitas sebelah kanan 4444,4444 dan sebelah kiri 5555,5555, kekuatan otot menurun (skala 6) dari skala (1-10), tidak terdapat tremor, tidak terdapat edema kaki, dampak ADL sholat sering duduk akibat nyeri sendi.

16. Persyarafan

Klien tidak headache, tidak seizures, tidak syncope, tidak tic/tremor, tidak paralysis, tidak paresis, tidak terdapat gangguan masalah memori

b) Potensi Pertumbuhan Psikososial dan Spiritual

1. Psikososial

Klien tidak merasa cemas, tidak depresi, tidak ketakutan, tidak insomnia, tidak kesulitan dalam mengambil keputusan, tidak kesulitan konsentrasi, mekanisme koping klien mengatakan ketika mendapat masalah meminta kemudahan dengan sholat dan beristighfar kepada Allah SWT. persepsi tentang kematian klien mengatakan pasrah pada Allah SWT karena ikhlas dan menerima apapun yang terjadi pada dirinya.

2. Spiritual

Aktivitas ibadah klien beragama islam klien berdoa dan tidak bisa melakukan sholat secara normal (sholat sambil duduk). klien mengatakan kesulitan berdiri dan harus pelan pelan saat berdiri maupun duduk. aktivitas rekreasi klien adalah menonton TV, dan jalan-jalan disekitar panti. Aktivitas interaksi klien sering berinteraksi dengan teman disekitarnya.

c) Lingkungan

Kamar klien terlihat rapi dan bersih juga tersedia jendela sedang untuk sirkulasi udara, kamar mandi klien lantai tidak licin, terdapat pegangan dikamar mandi dan terlihat bersih serta pencahayaan yang cukup. rumah wisma bersih dan rapi, luar rumah lingkungannya bersih dan banyak tanaman, tersedia pos satpam, ruang KUPTD, dapur, ruang makan, ruang klinik, ruang aula, gudang, musholla, lapangan.

d) *Negative Functional Consequences*

1. Kemampuan ADL (Indeks Barthel)

Kemampuan makan mandiri dengan skor 10 berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya mandiri dengan skor 15, personal toilet meliputi cuci muka, menysir rambut, gosok gigi mandiri dengan skor 5, keluar masuk toilet meliputi mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram mandiri dengan skor 10, mandi mandiri dengan skor 5, berjalan dipermukaan datar mandiri dengan skor 5, naik turun tangga mandiri dengan skor 10, mengenakan pakaian secara mandiri dengan skor 10, control BAB mandiri dengan skor 10, control BAK mandiri dengan skor 10. Skor yang didapat yaitu 90 poin, dengan interpretasi mandiri.

2. Aspek Kognitif

Aspek kognitif menggunakan penilaian MMSE hasil yang didapat sebagai berikut, orientasi dengan kriteria dapat menyebutkan tahun, hari, musim, bulan serta tanggal klien mendapat skor 5. aspek kognitif orientasi tempat klien dapat menyebutkan dimana sekarang klien berada yaitu negara, propinsi, kabupaten/kota, panti, wisma dengan skor 5. aspek kognitif registrasi klien dapat menyebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas) dengan skor 3. aspek kognitif perhatian dan kalkulasi klien dapat berhitung mulai dari 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 tingkat (93, 86, 79, 72, 65) dengan skor 5. aspek kognitif mengingat klien dapat mengulangi ketiga objek dengan skor 3. aspek kognitif bahasa pasien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan skor 9. Total skor yaitu 30 dengan interpretasi hasil tidak ada gangguan kognitif.

3. Tingkat Kerusakan Intelektual

Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire). klien dapat menjawab hari, tanggal, tempat, alamat rumah, nama presiden Indonesia, nama ibu klien dan Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun, klien tidak bisa menjawab usia, tempat lahir, siapa presiden sebelumnya. Total skor yang didapat klien yaitu benar 7 salah 3 dengan interpretasi fungsi intelektual utuh.

4. Tes Keseimbangan

Pemeriksaan dilakukan dengan teknik pemeriksaan Time Up Go Test, Tanggal pemeriksaan 1 november 2021 dengan hasil TUG 25 detik. Interpretasi hasil yaitu diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan.

5. Kecemasan, GDS, Pengkajian Depresi

Pemeriksaan dilakukan dengan teknik pemeriksaan Geriatric Depression Scale. Klien puas dengan kehidupannya dengan skor 0, klien tidak merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan dengan skor 0, klien tidak merasa bahwa hidup hampa atau kosong dengan skor 0, klien sering merasa bosan dengan skor 1, klien memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu dengan skor 0, klien tidak takut ada sesuatu yang buruk terjadi dengan skor 0, klien lebih merasa bahagia di sepanjang waktu dengan skor 0, klien tidak merasakan butuh bantuan dengan skor 0, klien lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal dengan skor 1, klien tidak merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan dengan skor 0, klien menemukan

bahwa hidup ini sangat luar biasa dengan skor 0, klien merasa tidak berpikiran bahwa klien tidak tertarik dengan jalan hidupnya dengan skor 0, klien tidak merasa dirinya sangat energik/bersemangat dengan skor 0, klien merasa tidak punya harapan dengan skor 1, klien berfikir bahwa orang lain lebih baik dari dirinya dengan skor 1. Total skor yaitu 4 dengan interpretasi hasil klien tidak depresi.

6. Status Nutrisi

Pengkajian menggunakan pendekatan determinan nutrisi pada lansia sebagai berikut, klien menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi dengan skor 2, makanan < 2x dengan skor 0, makan sedikit buah, sayur/olahan susu dengan skor 0, mempunyai 3 atau lebih kebiasaan minum alkohol setiap hari dengan skor 0, klien mempunyai masalah dengan mulut (sariawan) atau giginya (berlubang) dengan skor 2, mempunyai uang untuk membeli makanan dengan skor 0, lebih sering makan sendirian dengan skor 1, mempunyai terapi minum obat 3x/lebih dalam sehari 0, mengalami penurunan BB 5kg dalam 6bulan terakhir 0, mempunyai kemampuan fisik untuk belanja memasak/makan sendiri dengan skor 0. Total skor 5 dengan interpretasi hasil moderate nutritional risk.

7. Hasil Pemeriksaan Diagnostik/ Penunjang

Klien tidak melakukan pemeriksaan diagnostik/penunjang

8. Fungsi Sosial Lansia

Pemeriksaan dilakukan menggunakan pendekatan APGAR sebagai berikut fungsi adaptasi klien selalu puas bahwa klien dapat kembali pada keluarga untuk membantu pada saat klien kesusahan dengan skor 2,. Fungsi partner klien selalu puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan klien dan mengungkapkan masalah dengan skor 2. Fungsi growth klien selalu puas dengan cara keluarga menerima dan mendukung keinginan klien untuk melakukan aktivitas/arah baru dengan skor 2. fungsi afektif klien kadang-kadang puas dengan cara keluarga mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi klien seperti marah, sedih/mencintai dengan skor 1. Fungsi resolve klien selalu puas dengan cara keluarga dan klien menyediakan waktu bersama-sama dengan skor 2. Skor total 9 dengan intepretasi hasil fungsi baik.

e) Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Klien Tidak merokok, frekuensi makan 3x sehari, jumlah makanan yang dihabiskan 1 porsi dihabiskan, makanan tambahan dihabiskan, frekwensi minum < 3 gelas sehari (Takut kencing malam hari), jenis minuman air putih dan teh, jumlah waktu tidur 4-6 jam, tidak ada gangguan tidur, penggunaan waktu luang ketika tidak tidur santai, frekwensi BAB 2x / sehari), konsistensi keras, gangguan BAB tidak ada, frekwensi BAK 1–3 kali sehari, warna urine kuning jernih, gangguan BAK tidak terdapat gangguan, pola aktifitas kegiatan produktif lansia yang sering dilakukan keterampilan tangan, mandi 2 kali sehari, memakai sabun, sikat gigi 2 kali sehari, menggunakan pasta gigi , kebiasaan berganti pakaian bersih 1 kali sehari.

Tabel 3.1 Terapi Medis

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Amlodipine	1x5mg (1x1) 0-0-1	Unutk mengurangi tekanan darah tinggi
Asam mefenamat	1x500mg (1x1) 0-0-1	Mengurangi rasa nyeri

3.1 Diagnosis Keperawatan

Hasil pengkajian didapatkan sebagai berikut :

1. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (SDKI, D.0054) ditandai dengan pasien mengeluh saat menggerakkan ekstremitas, nyeri yang dirasakan saat bergerak sehingga gerakan terbatas, Rasional pasien memiliki masalah ini yaitu seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengeluh P: nyeri kaki sebelah kanan saat menggerakkan aktifitasnya saat berjalan, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: kaki sebelah kanan, S: skala nyeri 6 dari (1-10), T: nyeri yang dirasakan hilang timbul. Hal ini merupakan salah satu tanda dari adanya keterbatasan lingkup gerak dan terganggunya fungsi aktivitas. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (PPNI, 2016).
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi (SDKI, D.0017) ditandai dengan pasien mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher, hasil pemeriksaan didapatkan TD : 170/98 mmHg N : 95 x/mnt, RR : 20 x/mnt S : 36,5°C, pasien tampak meringis, memegang kepala dan belakang leher dengan ekspresi wajah sedih dan gelisah., Rasional pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri seperti data yang ditemukan bahwa P: nyeri di

leher, Q: nyeri terasa seperti dipukuli, S: skala nyeri 8 dari 1-10 T: hilang timbul, Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini sehingga hipertensi harus segera ditangani (PPNI, 2016).

3. Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI, D.0032) ditandai dengan pasien mempunyai masalah dengan mulut (sariawan) dan giginya (berlubang) sehingga tidak dapat makan makanan yang keras. Hasil pemeriksaan didapatkan BB : 67kg, otot pengunyah lemah, terdapat sariawan. Hal ini merupakan asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (PPNI, 2016).

3.2 Rencana Intervensi Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (SDKI, D.0054) tujuan setelah dilakukan tindakan 3x24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (SLKI L.05042): pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kaku sendi menurun. Intervensi yang dilakukan yaitu (SIKI I.05173) 1)dukungan mobilisasi dengan cara identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2)identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 3)monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 4)fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, 5)fasilitasi melakukan pergerakan, 6)libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 7)jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 8)anjurkan melakukan mobilisasi dini (PPNI, 2016).
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi (SDKI, D.0017) tujuan setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : (SLKI L.02014) : sakit kepala menurun, gelisah menurun,

kecemasan meurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik, intervensi yang dilakukan yaitu (SIKI I.02079) 1)periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, suhu, tekanan darah), 2)identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. hipertensi), 3)lakukan pengukuran tekanan darah, 4)hindari pemasangan infus diarea keterbatasan perfusi, 5)anjurkan berolahraga rutin, 6)anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, 7)ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

3. Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI, D.0032) tujuan setelah dilakukan tindakan 3x24 jam status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil (SLKI L.03030) porsi makanan yang dihabiskan meningkat, BB meningkat, frekuensi makan meningkat, nafsu makan meningkat, perasaan cepat kenyang meningkat. Intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nutrisi (SIKI I.03119) dengan cara 1)identifikasi status nutrisi, 2)identifikasi alergi dan intoleransi makanan, 3)monitor asupan makanan, 4)monitor berat badan (BB), 5)lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, 6)sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, 7)anjurkan posisi duduk jika mampu, 8)kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan (PPNI, 2016).

3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (SDKI, D.0054). Implementasi dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 1)dukungan mobilisasi dengan cara identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, hasil: pasien mengatakan nyeri kaki sebelah kanan dengan skala 6 (1-10), 2)identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil: pasien berjalan dengan berhati-

hati dengan menggunakan alas kaki yang tidak licin, 3)monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, hasil: Ny.M tampak gemetar saat melakukan mobilisasi, 4)fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu hasil: saat berjalan pasien memegang dinding, dan dikamar mandi terdapat pegangan 5)fasilitasi melakukan pergerakan, 6)libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 7)jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, hasil: pasien mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat terkait mobilisasi 8)anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 13 Januari 2022 yaitu Ny. M mengatakan nyeri kaki sebelah kanan, Ny. M mengatakan saat nyeri didiamkan saja jarang menggerakkan anggota sendinya takut kram, P : kaki sebelah kanan, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : dibagian lutut, S : 6 (1-10), T : hilang timbul, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan pada nomor 2,3,4,7,8.

Implementasi dilakukan pada tanggal 14 Januari 2022 2)identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil: pasien berjalan dengan berhati-hati dengan menggunakan alas kaki yang tidak licin, 3)monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, hasil: Ny.M tidak gemetar saat melakukan mobilisasi, 4)fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu hasil: saat berjalan pasien memegang dinding, dan dikamar mandi terdapat pegangan 7)jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, hasil: pasien mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat terkait mobilisasi 8)anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 14 Januari 2022 yaitu Ny. M

mengatakan nyeri kaki sebelah kanan berkurang, Ny. M mengatakan saat nyeri mengurut anggota sendinya, Ny. M tampak mengurut kakinya, P : kaki sebelah kanan, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : dibagian lutut, S : 4 (1-10), T : hilang timbul, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan pada nomor 3,4,8.

Implementasi dilakukan pada tanggal 15 Januari 2022 3)monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, hasil: Ny.M melakukan mobilisasi secara aktif, 4)fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu hasil: saat berjalan pasien memegang dinding, dan dikamar mandi terdapat pegangan 8)anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 15 Januari 2022 yaitu Ny. M mengatakan sudah tidak nyeri kaki, Ny. M mengatakan saat nyeri mengurut anggota sendinya, Ny. M tampak mengurut kakinya, P : kaki sebelah kanan, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : dibagian lutut, S : 1 (1-10), T : hilang, masalah teratasi, intervensi dihentikan.

2. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi (SDKI, D.0017).
Implementasi dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 sebagai berikut
1)periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, suhu, tekanan darah) hasil TD : 170/98 mmHg, S : 36,5°C, RR 20 x/mnt, N 95 x/mnt, 2)identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, hasil hipertensi, 3)lakukan pengukuran tekanan darah, 4)hindari pemasangan infus diarea keterbatasan perfusi, hasil Ny.M tidak terpasang infus, 5)anjurkan berolahraga rutin, hasil: Ny.M melakukan senam hipertensi, 6)anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, hasil: Ny.M meminum obat amlodipine 1x5mg 7)ajarkan program

diet untuk memperbaiki sirkulasi, hasil: Ny.M diit lunak dan rendah garam.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 13 Januari 2022 pasien mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher, hasil pemeriksaan didapatkan TD : 172/99 mmHg N : 95 x/mnt, RR : 20 x/mnt S : 36,5°C, pasien tampak meringis, memegangi kepala dan belakang leher dengan ekspresi wajah sedih dan gelisah., Rasional pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri seperti data yang ditemukan bahwa P: nyeri di leher, Q: nyeri terasa seperti dipukuli, S: skala nyeri 8 dari 1-10 T: hilang timbul. Masalah belum teratasi, intervensi diteruskan

Implementasi dilakukan pada tanggal 14 Januari 2022 sebagai berikut
1)periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, suhu, tekanan darah) hasil TD : 170/95 mmHg, S : 36,5°C, RR 20 x/mnt, N 95 x/mnt, 2)identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, hasil hipertensi, 3)lakukan pengukuran tekanan darah, 4)hindari pemasangan infus diarea keterbatasan perfusi, hasil Ny.M tidak terpasang infus, 5)anjurkan berolahraga rutin, hasil: Ny.M melakukan senam hipertensi, 6)anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, hasil: Ny.M meminum obat amlodipine 1x5mg 7)ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi, hasil: Ny.M diit lunak dan rendah garam.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 14 Januari 2022 pasien mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher, hasil pemeriksaan didapatkan TD : 170/90 mmHg N : 95 x/mnt, RR : 20 x/mnt S : 36,5°C, pasien tampak meringis, memegangi kepala dan belakang leher dengan ekspresi wajah sedih dan gelisah., Rasional pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri seperti data yang ditemukan bahwa P: nyeri di leher, Q: nyeri

terasa seperti dipukuli, S: skala nyeri 7 dari 1-10 T: hilang timbul. Masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan no 1,5,6,7.

Implementasi dilakukan pada tanggal 15 Januari 2022 sebagai berikut
 1)periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, suhu, tekanan darah) hasil TD : 167/98 mmHg, S : 36,5°C, RR 20 x/mnt, N 95 x/mnt, 2)identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, hasil hipertensi, 3)lakukan pengukuran tekanan darah, 4)hindari pemasangan infus diarea keterbatasan perfusi, hasil Ny.M tidak terpasang infus, 5)anjurkan berolahraga rutin, hasil: Ny.M melakukan senam hipertensi, 6)anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, hasil: Ny.M meminum obat amlodipine 1x5mg 7)ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi, hasil: Ny.M diit lunak dan rendah garam.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 15 Januari 2022 pasien mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher, hasil pemeriksaan didapatkan TD : 165/90 mmHg N : 95 x/mnt,RR : 20 x/mnt S : 36,5°C, pasien tampak meringis, memegangi kepala dan belakang leher dengan ekspresi wajah sedih dan gelisah., Rasional pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri seperti data yang ditemukan bahwa P: nyeri di leher, Q: nyeri terasa seperti dipukuli, S: skala nyeri 7 dari 1-10 T: hilang timbul, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan no 1,5,6,7.

3. Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI, D.0032). Implementasi dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 sebagai berikut 1)identifikasi status nutrisi,hasil: Klien dengan kategori ideal, IMT 23,3 2)identifikasi alergi dan intoleransi makanan, hasil: klien belum bisa makan makanan yang berstektur keras karena sariawan dan gigi berlubang,

3)monitor asupan makanan, 4)monitor berat badan (BB), hasil: 66kg
5)lakukan oral hygiene sebelum makan, hasil: Ny.M gosok gigi sebelum makan 6)sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai,hasil: pasien diberikan makanan yang lembek 7)anjurkan posisi duduk, hasil: pasien mampu duduk saat makan dan minum.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 13 Januari 2022 yaitu Klien mengeluh mulut (sariawan) & giginya (berlubang) sehingga tidak dapat makan makanan yang keras.BB : 66kg, otot pengunyah lemah, terdapat sariawan disekitar mulut pasien, masalah belum teratasi, intervensi diteruskan

Implementasi dilakukan pada tanggal 14 Januari 2022 sebagai berikut

1)identifikasi status nutrisi,hasil: Klien dengan kategori ideal, IMT 23,3
2)identifikasi alergi dan intoleransi makanan, hasil: klien belum bisa makan makanan yang berstektur keras karena sariawan dan gigi berlubang,
3)monitor asupan makanan, 4)monitor berat badan (BB), hasil: 66kg
5)lakukan oral hygiene sebelum makan, hasil: Ny.M gosok gigi sebelum makan 6)sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai,hasil: pasien diberikan makanan yang lembek 7)anjurkan posisi duduk, hasil: pasien mampu duduk saat makan dan minum.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 14 Januari 2022 yaitu Klien mengeluh mulut & gigi (berlubang) sehingga tidak dapat makan makanan yang keras.BB : 66kg, otot pengunyah lemah, terdapat sariawan disekitar mulut pasien, masalah belum teratasi, intervensi diteruskan

Implementasi dilakukan pada tanggal 15 Januari 2022 sebagai berikut

1)identifikasi status nutrisi,hasil: Klien dengan kategori ideal, IMT 23,3
2)identifikasi alergi dan intoleransi makanan, hasil: klien belum bisa makan makanan yang berstektur keras karena sariawan dan gigi berlubang,
3)monitor asupan makanan, 4)monitor berat badan (BB), hasil: 66kg
5)lakukan oral hygiene sebelum makan, hasil: Ny.M gosok gigi sebelum makan 6)sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai,hasil: pasien diberikan makanan yang lembek 7)anjurkan posisi duduk, hasil: pasien mampu duduk saat makan dan minum.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 15 Januari 2022 yaitu Klien mengeluh mulut sduah tidak sariawan lagi namun gigi (berlubang).BB : 66kg, otot pengunyah lemah, terdapat sariawan disekitar mulut pasien, masalah

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan gerontik dengan diagnose medis hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. M dengan Masalah Nyeri Akut di UPTD Griya Wredha Surabaya sebagai berikut :

4.1 Pengkajian

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

1. Identitas

Data yang didapatkan pasien berinisial Ny. M bertempat tinggal di Sukorejo dari suku jawa jenis kelamin perempuan, berusia 65 tahun. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wredha selama \pm 4 tahun. Lansia merupakan seorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. memasuki usia tua dimana akan terjadi pada kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk,

gerakan lambat dan figur tubuh yang tidak proporsional, kelemahan organ, masalah kesehatan fisik/mental, sosial, ekonomi, psikologis, spiritual dan timbul berbagai macam penyakit seperti hipertensi (Kholifah 2016).

Pada umumnya, kejadian hipertensi banyak terjadi pada penduduk berusia lanjut namun tidak menutup kemungkinan mengalami penyakit hipertensi (Azhari & Kusumayanti, 2021). Prevalensi hipertensi di Indonesia pada kelompok usia 55-64 tahun 55,2% untuk usia 65-74 tahun 63,2% sedangkan lebih dari 75 tahun adalah 69,5%. Berdasarkan data dari Bidang Bina P2PL Dinas Kesehatan kota Makassar (2015) menjelaskan terdapat kasus hipertensi sebanyak 11,596 dengan rincian jenis kelamin laki – laki 4.277 kasus dan perempuan 7319 kasus (Ainurrafiq et al., 2019).

Penulis berasumsi bahwa saat pengambilan data di UPTD Griya Wredha Surabaya pada tanggal 13 Januari 2022 didapatkan hasil sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan sebanyak 100 lansia (62,5 %), berdasarkan usia 60-74 tahun sebanyak 94 lansia (58,75 %), pasien yang mengalami hipertensi sebanyak 79 dari 160 lansia (49,37%).

2. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 klien mengeluh pusing, nyeri kaki sebelah kanan. Menurut Kemenkes RI (2014) gejala penyakit hipertensi adalah sakit kepala atau rasa berat di tengkuk, mumet (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah Ielah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan. Lansia sering terkena hipertensi

disebabkan oleh kekakuan pada arteri sehingga tekanan darah cenderung meningkat. Biasanya pengaruh stress tersebut maka penyakit fisik bisa muncul akibat lemah dan rendahnya daya tahan tubuh pada saat tersebut, penyebab hipertensi pada lansia juga disebabkan oleh perubahan gaya hidup sehingga kemungkinan terjadinya peningkatan tekanan darah tinggi karena bertambahnya usia lebih besar pada orang yang banyak mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung garam (Nursalam, 2015).

Penulis beramsumsi bahwa keluhan pusing yang dirasakan pasien merupakan salah satu penyebab stres yang dapat terjadi di setiap saat. Sumber stres terjadi dari dalam diri, didalam keluarga, didalam komunitas. Aktivitas fisik adalah kebiasaan seseorang untuk melakukan aktivitas yang memerlukan sistem gerak baik berupa pekerjaan fisik. Karena semakin tua tubuh seseorang secara otomatis daya tahan tubuhnya akan semakin menurun. pernyataan ini terjadi pada Ny. M yang mengalami gangguan mobilitas fisik ditandai dengan nyeri kaki sebelah kanan.

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Saat pengkajian didapatkan Ny.M mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher. Nyeri yang dirasakan seperti dipukuli dengan skala nyeri 8 dari skala (0-10), nyeri hilang timbul. Ny.M juga mengatakan bahwa nyeri bagian kaki sebelah kanan, nyeri semakin terasa ketika digerakkan dan jalan terlalu jauh, rasanya seperti ditusu-tusuk dan berat sekali terkadang juga kaku seperti tidak bisa digerakkan skala yang dirasakan adalah 6 dari skala

1-10, nyeri yang dirasa hilang timbul. Ny.M memiliki Riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu, klien rutin meminum obat yaitu Amlodipine 5mg (1x1) dan asam mefenamat 500mg (1x1).

Hipertensi yaitu suatu kondisi atau keadaan dimana seseorang mengalami kenaikan tekanan darah di atas batas normal yang akan menyebabkan kesakitan bahkan kematian. seseorang akan dikatakan hipertensi apabila tekanan darahnya melebihi batas normal, yaitu >140/90 mmHg. tekanan darah naik apabila terjadinya peningkatan sistole, yang tingginya tergantung dari masing-masing individu yang terkena, dimana tekanan darah berfluksi dalam batas-batas tertentu, , umur, dan tingkat stress yang dialami (Fitri Tambunan et al., 2021).

Penyebab nyeri kepala migrain ini akibat dari emosi atau ketegangan yang berlangsung lama yang akan menimbulkan reflek vasospasme beberapa pembuluh arteri kepala termasuk pembuluh arteri yang memasok ke otak. secara teoritis, vasospasme yang terjadi akan menimbulkan iskemik pada sebagian otak sehingga terjadi nyeri (Mulyadi, 2016).

Penuaan (menjadi tua=aging) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. selain itu pada lansia ada penurunan massa otot, perubahan distribusi darah ke otot, otot menjadi lebih kaku, dan ada penurunan kekuatan otot. Namun yang perlu diperhatikan untuk

menjaga kesehatan lansia adalah mencegah dengan cara senam lansia. dengan gerakan yang melibatkan pelatihan pernafasan dan jantung, melatih kekuatan otot, kekuatan sendi, serta bersifat rekreasi guna meningkatkan kekuatan otot, massa otot, perfusi otot, dan kecepatan konduksi saraf ke otot sehingga tidak menimbulkan rasa jenuh untuk lansia (Pribadi, 2015).

Manajemen hipertensi pada lansia bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit. Secara umum manajemen hipertensi pada lansia ada dua yaitu manajemen farmakologi (obat-obatan) dan manajemen non farmakologi. intervensi farmakologis adalah dilakukan oleh dokter dengan pemberian obat-obatan seperti analgesik. Pada intervensi non farmakologi menangani pasien nyeri bisa dilakukan seperti distraksi, memberikan kompres, mandi air hangat atau disebut stimulasi kutaneus, senam hipertensi (Syiddatul, 2019). Amlodipine merupakan obat antihipertensi golongan calcium channel blocker yang penggunaannya sebagai monoterapi dalam pelaksanaannya yang terjadi pada pasien hipertensi (Trandililing S, Mukaddas A, 2017).

Peneliti berasumsi bahwa pada Ny.M pusing dan nyeri kepala sangat umum terjadi pada lansia yang mengalami hipertensi, dan berhubungan dengan morbiditas. Manajemen optimal dilakukan dengan terapi farmakologi yaitu pemberian amlodipine untuk menurunkan tekanan darah, asam mefenamat untuk mengurangi nyeri kemudian dilakukan terapi non farmakologi yaitu senam hipertensi pada lansia.

c) Riwayat Penyakit Dahulu

Hasil pengkajian dilakukan bahwa Ny.M memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu, klien rutin meminum obat Amlodipine 5mg (1x1) dan asam mefenamat 500mg (1x1). Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi. hipertensi primer disebabkan oleh faktor keturunan, ciri perseorangan, gaya hidup (Kemenkes RI, 2014). Berdasarkan tinjauan kasus dan tinjauan pustaka penulis tidak terdapat kesenjangan, sama-sama memiliki riwayat penyakit hipertensi sebelumnya.

d) *Age Related Changes* (Perubahan Terkait Proses Menua)

1. Leher

Klien mengeluh sakit kepala, terdapat kekakuan pada leher. nyeri kepala migrain ini akibat dari emosi atau ketegangan yang berlangsung lama yang akan menimbulkan reflek vasospasme beberapa pembuluh arteri kepala termasuk pembuluh arteri yang memasok ke otak. secara teoritis, vasospasme yang terjadi akan menimbulkan iskemik pada sebagian otak sehingga terjadi nyeri (Mulyadi, 2016).

2. Musculoskeletal

Pasien terdapat nyeri sendi, kaku sendi, kadang kram, ada kelemahan otot, ekstremitas sebelah kanan 4444,4444 dan sebelah kiri 5555,5555, kekuatan otot menurun (skala 6) dari skala (1-10), dampak ADL sholat sering duduk akibat nyeri sendi.

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, tendon mengerut, dan atrofi serabut otot sehingga berdampak pada penurunan kekuatan otot (Muhidin et al., 2017).

Penuaan sering terjadi pada penurunan fisik yang menyebabkan nyeri ditimbulkan oleh antara lain penipisan kartilago, kartilago yang semula halus, putih, tembus cahaya, menjadi buram dan kuning dan tipis sehingga terjadi nyeri, kaku, hilang gerakan, adanya penurunan produksi cairan synovial sehingga menyebabkan peradangan pada sendi juga menyebabkan nyeri, fraktur yang sering terjadi pada lansia (Aisyah, 2017).

3. Mulut dan tenggorakan

Klien tidak mengeluh nyeri telan namun kesulitan mengunyah yaitu mulut (sariawan) gigi (berlubang) tidak terdapat lesi, tidak ada perdarahan gusi.

Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018, menyatakan bahwa prevalensi terbesar masalah gigi di Indonesia adalah gigi rusak/berlubang/sakit (45,3%). Peningkatan prevalensi antara lain terjadi pada populasi berumur >65 tahun sehingga mempengaruhi

kualitas hidup terkait kesehatan mulut karena karies gigi menyebabkan nyeri, ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Penyakit mulut pada lanjut usia tidak hanya menyebabkan nyeri, berkurangnya kemampuan mengunyah dan efek merugikan pada pengucapan dan penampilan fisik tetapi juga mempengaruhi kesehatan umum dan meningkatkan risiko penyakit saraf, endokrin, kardiovaskuler, dan pernapasan. Masalah kesehatan mulut juga terkait dengan perubahan dalam pemilihan makanan, penurunan kualitas gizi dan penurunan kualitas hidup,

Edukasi yang dapat diberikan pada kelompok lansia yaitu saran perawatan profilaksis untuk pemeliharaan kebersihan mulut, diantaranya adalah : 1) Sikat 2x sehari dengan pasta gigi 2) Batasi asupan gula 3) Hindari kebiasaan, yang dapat menyebabkan tambalan patah tulang, seperti membuka benda dengan gigi, mengunyah makanan lengket keras dan aktivitas berisiko seperti olahraga fisik tanpa pelindung mulut, 4) Ikuti etika kebersihan sikat gigi yang baik termasuk mencuci tangan sebelum dan setelah menyikat, bilas sikat dengan air panas air setelah digunakan

Peneliti berasumsi bahwa kesehatan gigi dan mulut menjadi salah satu masalah yang berimplikasi negatif terhadap kesehatan secara keseluruhan sehingga pada akhirnya mempengaruhi kualitas hidup pada lanjut usia. menjaga kesehatan gigi dan mulut sangatlah penting dilakukan untuk menghindari kemungkinan terjadinya kerusakan sehingga tujuannya adalah untuk mengoptimalkan sistem kekebalan

tubuh. Rongga mulut yang sehat meningkatkan sistem kekebalan tubuh untuk melawan pengganggu lainnya.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Hasil pengkajian pada Ny. M didapatkan diagnosa keperawatan menurut SDKI (PPNI, 2016) sebagai berikut :

1. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (SDKI, D.0054) merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Ditandai dengan pasien mengeluh saat menggerakkan ekstremitas, nyeri yang dirasakan saat bergerak sehingga gerakan terbatas, Rasional pasien memiliki masalah ini yaitu seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengeluh nyeri kaki sebelah kanan saat menggerakkan aktifitasnya saat berjalan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6 dari (1-10) nyeri yang dirasakan hilang timbul (PPNI, 2016).

Peneliti berasumsi bahwa gangguan mobilitas fisik dijadikan prioritas didapatkan data Ny.Mengeluh saat menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, gerakan terbatas, fisik lemah, P: saat berjalan, kelemahan, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: Kaki kanan, S: 6 dari 1-10, T hilang timbul.

2. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi (SDKI, D.0017) merupakan berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Penulis berasumsi bahwa pasien memiliki masalah utama dibuktikan dengan pasien mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher, hasil pemeriksaan didapatkan TD : 170/98 mmHg N : 95 x/mnt, RR : 20 x/mnt S : 36,5°C, pasien tampak meringis, memegang kepala dan belakang leher dengan

ekspresi wajah sedih dan gelisah., Rasional pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri akut seperti data yang ditemukan bahwa pasien mengeluh nyeri di leher nyeri hilang jika dibuat tidur, nyeri terasa seperti dipukuli, skala nyeri 8 dari 1-10 dan hilang timbul,

3. Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI, D.0032) dimana asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Ditandai dengan BB menurun, cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan (PPNI, 2016).

Peneliti berasumsi bahwa defisit nutrisi dijadikan prioritas ketiga karena bisa menyebabkan masalah kesehatan pada pemenuhan nutrisi dibuktikan dengan pasien mempunyai masalah dengan mulut (sariawan) dan giginya (berlubang) sehingga tidak dapat makan makanan yang keras. Hasil pemeriksaan didapatkan bb : 67kg, otot pengunyah lemah, terdapat sariawan.

4.3 Rencana Intervensi Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (SDKI, D.0054) tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (SLKI L.05042): pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kaku sendi menurun. Intervensi yang dilakukan yaitu (SIKI I.05173) 1)dukungan mobilisasi dengan cara identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2)identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 3)monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 4)fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan

alat bantu, 5)fasilitasi melakukan pergerakan, 6)libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 7)jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 8)anjurkan melakukan mobilisasi dini (PPNI, 2016).

Latihan ROM dapat berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot secara signifikan. untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien dengan memberikan panduan dan penjelasan tentang ROM baik selama di UPTD maupun setelah keluar dari UPTD untuk menjalani masa rehabilitasi, serta peran dan dukungan keluarga pada pasien tersebut (Andika Dimas Aldipratama 2022).

Peneliti berasumsi bahwa peningkatan ekstremitas untuk meningkatkan kekuatan otot sehingga memperlancar aliran darah serta suplai oksigen untuk jaringan sehingga akan mempercepat proses penyembuhan. *Range Of Motion* (ROM) adalah salah satu latihan gerak sendi untuk meningkatkan aliran darah perfusi dan mencegah kekakuan otot/sendi. program latihan fisik yang telah disusun bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot, sebab kekuatan otot menentukan kemampuan biomotor seperti daya latihan, keseimbangan, kecepatan dan pengelolaan gangguan mobilitas koordinasi gerak, sehingga secara fungsional tingkat kekuatan otot tertentu akan mempengaruhi kemampuan fungsional motorik sehari-hari seperti duduk, berdiri dan ambulasi.

2. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi (SDKI, D.0017) tujuan setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : (SLKI L.02014) : sakit kepala menurun, gelisah menurun, kecemasan meurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik

membaik, intervensi yang dilakukan yaitu (SIKI I.02079) 1)periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, suhu, tekanan darah), 2)identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. hipertensi), 3)lakukan pengukuran tekanan darah, 4)hindari pemasangan infus diarea keterbatasan perfusi, 5)anjurkan berolahraga rutin, 6)anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, 7)ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi.

Hipertensi dimana diperlukan penurunan tekanan darah yang segera dengan obat anti hipertensi karena adanya kerusakan organ. kenaikan tensi darah yg disertai kerusakan organ target yang progresif di perlukan tindakan penurunan TD yg segera dalam kurun waktu menit/jam. Penyebab hipertensi adalah elastisitas dinding aorta menurun,katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun. kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah (Prasetya, 2020).

Peneliti berasumsi bahwa melakukan pengkajian resiko penurunan perfusi jaringan cerebral secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, memberikan edukasi pasien dan keluarga tentang aktifitas yang mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, serta mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik senam hipertensi, memberikan pembatasan cairan dan diit rendah garam sesuai indikasi, terapi farmakologi dan non farmakologi terhadap klien mampu memberikan perubahan yang terjadi selama perawatan.

3. Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI,

D.0032) tujuan Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil (SLKI L.03030) porsi makanan yang dihabiskan meningkat, BB meningkat, frekuensi makan meningkat, nafsu makan meningkat, perasaan cepat kenyang meningkat. Intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nutrisi dengan cara (SIKI I.03119) 1)identifikasi status nutrisi, 2)identifikasi alergi dan intoleransi makanan, 3)monitor asupan makanan, 4)monitor berat badan (BB), 5)lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, 6)sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, 7)anjurkan posisi duduk jika mampu, 8)kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan (PPNI, 2016).

Peneliti berasumsi bahwa peran nutrisi dan aktivitas fisik menjadi modalitas utama dalam pencegahan hipertensi. Nutrisi yang diberikan pada hipertensi yaitu diet rendah garam.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan rencana keperawatan kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan, tetapi menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien (Nurarif, 2015).

1. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri, implementasi yang dilakukan sebagai berikut,identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan,monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi,fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, memfasilitasi melakukan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini.

Berdasarkan implementasi diatas adalah Ny.M kooperatif pada saat dilakukan tindakan keperawatan. Kelemahan dari implementasi ini adalah pasien masih takut apabila dilatih mobilitas atau latihan gerak, kadang mengeluh sakit sehingga dalam melakukan latihan harus dengan pelan-pelan. Solusi untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah memotivasi pasien untuk berlatih mobilisasi secara mandiri dan bertahap.

2. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi, peneliti berasumsi bahwa pengetahuan mengenai hipertensi perlu bagi lansia, penggunaan obat-obatan dalam hal penanganan nyeri yang dideritanya, pendekatan tersebut dapat mempengaruhi rasa sakit dan kecemasan, Pendekatan secara farmakologik lebih banyak digunakan dalam penatalaksanaan rasa nyeri, namun pendekatan non farmakologik merupakan pengobatan efektif juga untuk mengurangi rasa nyeri bahkan tehnik-tehnik nya tersedia dengan mudah dan dapat dilakukan di rumah atau dalam lingkungan fasilitas perawatan. Implementasi yang dilakukan peneliti yaitu mengajarkan teknik senam hipertensi untuk mengurangi melancarkan sirkulasi darah,menurunkan tekanan darah tinggi serta untuk kebugaran jasmani.hasil yang diperoleh Ny.M mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat untuk mengurangi rasa nyeri serta bisa memperagakan secara mandiri.
3. Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan, implementasi yang dilakukan yaitu dengan cara mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan,monitor berat badan (BB), mengajarkan pentingnya untuk melakukan oral hygiene sebelum makan, menganjurkan posisi duduk.

Berdasarkan implementasi peneliti diatas ialah Ny.M mampu makan dengan makanan yang lembek/halus 1 porsi dihabiskan, pasien mampu makan sedikit tapi sering meski dengan kelemahan sariawan dan gigi berlubang.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum.dapat juga sudah tercapai atau timbul masalah baru (Nurarif, 2015).

1. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri

Evaluasi keperawatan yang dilakukan peneliti selama 3hari melakukan tindakan keperawatan yaitu pasien sudah tidak nyeri kaki, saat nyeri mengurut anggota sendinya, pasien tampak sudah ada kemauan untuk beraktifitas secara perlahan.

2. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi

Evaluasi keperawatan yang dilakukan peneliti selama 3hari melakukan tindakan keperawatan yaitu pasien mengatakan sudah tidak pusing, mampu mengontrol saat pusing timbul dengan cara senam hipertensi dan meminum obat sesuai yang diprogramkan.

3. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan peneliti selama 3hari melakukan tindakan keperawatan yaitu pasien mampu makan sedikit tapi sering meski dengan kelemahan sariawan dan gigi berlubang. melakukan oral hygiene sebelum makan, makan dengan posisi duduk.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

1. Pada pengkajian didapatkan data fokus kondisi pasien mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher. nyeri yang dirasakan seperti dipukuli dengan skala nyeri 8 dari skala (0-10), nyeri hilang timbul. Ny.M juga mengatakan bahwa nyeri bagian kaki sebelah kanan, nyeri semakin terasa ketika digerakkan dan jalan terlalu jauh, rasanya seperti ditusu-tusuk dan berat sekali terkadang juga kaku seperti tidak bisa digerakkan skala yang dirasakan adalah 6 dari skala 1-10, nyeri yang dirasa hilang timbul. Ny.M memiliki Riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu, klien rutin meminum obat yaitu Amlodipine 5mg (1x1) dan asam mefenamat 500mg (1x1).
2. Diagnosa keperawatan utama pada Ny. M dengan diagnose medis hipertensi dan telah diprioritaskan menjadi: gangguan monilitas fisik berhubungan dengan nyeri, resiko perfusi serebral b.d hipertensi, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan utama dengan kriteria hasil untuk: gangguan mobilitas fisik dengan kriteria hasil mobilitas fisik meningkat, resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi

meningkat, resiko defisit nutrisi dengan kriteria hasil status nutrisi terpenuhi dengan baik.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah gangguan mobilitas fisik dengan cara ROM, resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi dengan senam hipertensi, resiko defisit nutrisi dengan manajemen nutrisi (diit lunak dan rendah garam).
5. Hasil evaluasi pada tanggal 15 Januari 2022 Klien mengatakan senang bisa diajarkan oleh perawat terkait senam hipertensi.

5.2 Saran

Berdasarkan dari simpulan diatas penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan diperlukannya hubungan baik serta keterlibatan keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya dalam bidang pengetahuan.
3. Diharapkan bagi perawat untuk meningkatkan sikap caring dan professional dalam pemberian asuhan keperawatan secara holistic serta meningkatkan pemahaman mengenai konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan Asuhan Keperawatan dengan baik dan professional.

DAFTAR PUSTAKA

- Ainurrafiq, A., Risnah, R., & Ulfa Azhar, M. (2019). Terapi Non Farmakologi dalam Pengendalian Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi: Systematic Review. *MPPKI (Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia): The Indonesian Journal of Health Promotion*, 2(3), 192–199.
- Aisyah, S. (2017). *Manajemen Nyeri Pada Lansia Dengan Pendekatan Non Farmakologi*. 2(1).
- Andika Dimas Aldipratama, & Minardo, J. (2022). Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Desa Sokokulon. *Journal of Holistics and Health Science*, 4(1), 117–122. <https://doi.org/10.35473/jhhs.v4i1.108>
- Aspiani, R Y. (2016). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC. In *EGC*.
- Aspiani, Reni Yuli. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kardiovaskuler : Aplikasi NIC & NOC*. EGC.
- Azhari, A. R., & Kusumayanti, A. (2021). Higeia Journal of Public Health. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 5(3), 227–238.
- Fauziningtyas, R., Ulfiana, E., Haryanto, J., & Indarwati, R. (2017). Panduan Praktikum Keperawatan Gerontik 2017 Faakultas Keperawatan Universitas Airlangga. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. (Issue 465).
- Fitri Tambunan, F., Nurmayni, Rapiq Rahayu, P., Sari, P., & Indah Sari, S. (2021). *Buku Saku Hipertensi*.
- H, N. A. . & K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC* (jilid 2). Medi Action.
- Hardywinoto. (2014). *Panduan Gerontologi*. Gramedia Pustaka.
- Heru Sulistijono, Minarti, S. N. (2015). Modul Keperawatan Gerontik. In *Materia Japan* (Vol. 44, Issue 1). <http://joi.jlc.jst.go.jp/JST.Journalarchive/materia1994/44.24?from=CrossRef>
- Hidayatus, S. (2018). *Keperawatan Lanjut Usia*. Indomedia Pustaka.
- Indonesia, K. R. (2014). *Riset Kesehatan Dasar*.
- Joyce BM, J. H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan. In *Elsevier* (8th ed.).
- Kholifah, S. N. (2016). Keperawata. In *Keperawatan Gerontik*.
- Lilik, M. (2015). *Keperawatan Lanju Usia* (Vol. 3).
- Muhidin, Winoto, A., & Kurniawan, G. P. . (2017). Pengaruh Senam Lansia Terhadap Peningkatan Keseimbangan. *Akademi Keperawatan*, April, 63–71.

- Mulyadi. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi NIC NOC*. EGC.
- Nasrullah, D. (2016). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 1. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Jilid 1*. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Gerontik-Komprehensif.pdf>
- Nursalam. (2015). *Metodologi Ilmu Keperawatan* (4th ed.). Salemba Medika.
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Nuha Medika.
- PPNI. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2016). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawata* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2016). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Prasetya, K. S., & Chanif, C. (2020). Penatalaksanaan Resiko Penurunan Perfusi Jaringan Cerebral pada Pasien Hipertensi Emergency. *Ners Muda*, 1(1), 34. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5484>
- Prawitasari, J. E. (2016). Aspek Sosio - Psikologis Lansia di Indonesia. In *Buletin Psikologis* 2. <https://doi.org/10.22146/bpsi.13240>.
- Pribadi, A. (2015). Pelatihan Aerobik Untuk Kebugaran Paru Jantung Bagi Lansia. *Olahraga Prestasi*, 11(6), pp. 56-79.
- R.D, P. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Nuha Medika.
- Setiati, S. (2014). Geriatric Medicine, Sarkopenia, Frailty, dan Kualitas Hidup Pasien Usia Lanjut: Tantangan Masa Depan Pendidikan, Penelitian dan Pelayanan Kedokteran di Indonesia. *EJournal Kedokteran Indonesia*, 1(3). <https://doi.org/10.23886/ejki.1.3008>.
- Suddarth, B. &. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah* (8th ed.). EGC.
- Syiddatul. (2019). Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Jahe Terhadap Skala Nyeri Kepala Hipertensi Pada Lansia Di Posyandu Lansia Karang Werdha Rambutan Desa Burneh Bangkalan. *Jurnal Kesehatan*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.25047/j-kes.v5i1.29>
- Trandililing S, Mukaddas A, & F. I. (2017). Profil Penggunaan Obat Pasien Hipertensi Esensial di Instalasi Rawat Jalan RS Umum. *Galenika Journal of Pharmacy*, 49–56.
- Triyanto, E. (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu.
- Vina. (2015). *Geriatric Syndrome*. <http://docslide.us/document/lp-geriatric-syndrome-vina.html>

Lampiran 1 Curriculum Vitae

Nama : Noer Shalamah
NIM : 2130069
Program Studi : Profesi Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 17 Januari 1999
Alamat : Kapas Baru Gang 5 Masjid Surabaya
Agama : Islam
Email : noersalamah3@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Masyithoh Surabaya : Lulus Pada Tahun 2005
2. SDN Gading 5 Surabaya : Lulus Pada Tahun 2011
3. MTS Ponpes Assalafi Al-Fithrah Surabaya : Lulus Pada Tahun 2014
4. SMK Al-Irsyad Surabaya : Lulus Pada Tahun 2017
5. S1-Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya : Lulus Pada Tahun 2021

Lampiran 2 Motto dan Persembahan**Motto :**

“Saat ada kesulitan pasti ada kemudahan, setiap masalah pasti ada solusi”

Persembahan :

Alhamdulillah puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT yang sudah memberikan kemudahan, kelancaran, petunjuk serta pertolongan terhadap saya karena limpahan rahmat serta hidayah-Nya hingga mampu menyelesaikan kewajiban dan bisa mendapatkan hasil yang sesuai dengan usaha serta kerja keras saya selama ini, saya persembahkan karya ini kepada :

1. Atas ridho Ayah (Subki) serta ibu (Siti Hasanah), terimakasih atas usaha yang tidak pernah lelah untuk membiayai hidup saya terutama dalam hal pendidikan, do'a, semangat, motivasi, support selama ini. Sehingga dapat menjalankan tugas akhir kuliah. Semoga Allah SWT selalu mengabulkan hajatnya, memberi (petunjuk, kesehatan, kelancaran rezeki, panjang umur) dan kebahagiaan kepada beliau berdua.
2. Kakak (Faisol) dan Adik saya (Haikal, Nuril, Ibnu) yang tercinta & tersayang, terimakasih meyemangati saya selama menuntut ilmu.
3. Sahabat-sahabatku (Cahyani, Khofifah, Nava, Fira, Syarifah, Iim, Inayah, Meyreta) yang telah menemani saya selama kuliah yang tidak pernah bosan mensupport dan memotivasi ketika saya merasa kesulitan dalam hal pelajaran dan penelitian.
4. Teman seperbimbingan (Meyreta dan Mellysa), terimakasih atas bantuan dan supportnya.

5. Teman-teman prodi profesi ners, terimakasih atas dukungan, motivasi dan saling supportnya.

Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan 1 per-satu, terimakasih selalu mendoakan untuk saya, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidup saya. Peneliti berharap bahwasanya pkarya ilmiah akhir ini bermanfaat buat yang membacanya dan semoga kebaikan yang sudah diberikan terhadap peneliti memperoleh balasan rahmat dari Allah SWT serta selalu melindungi dan meridhoi kalian. Aamiin Ya Robbal'Alaamiin.

Surabaya, 08 Juli 2022

Penulis

Lampiran 3 SOP Senam Hipertensi

	SOP SENAM HIPERTENSI
Pengertian	Senam hipertensi adalah suatu gerakan yang dilakukan secara teratur dan terorganisasi bagi penderita hipertensi yang bertujuan untuk melancarkan atau menurunkan tekanan intra vaskular.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melancarkan sirkulasi darah 2. Menurunkan tekanan darah tinggi 3. Mencegah stroke 4. Mencegah penyakit gagal jantung 5. Mengurangi obesitas bila dilakukan secara rutin 6. Menjaga kebugaran jasmani
Kebijakan	Permenkes Nomor 809 Tahun 2010 tentang Pelayanan Keperawatan Keluarga
Prosedur/Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan Klien : Klien diberi tahu prosedur, tujuan, waktu b. Alat/bahan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada alat/bahan yang spesifik 2. Lingkungan/ruangan yang tenang c. Pelaksanaan <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tahap Pemanasan <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekuk kepala ke samping lalu tahan dengan tangan pada sisi yang sama dengan arah kepala, lalu bergantian dengan sisi lain. 2. Tautkan jari-jari kedua tangan dan angkat lurus ke atas kepala dengan posisi kedua kaki dibuka selebar bahu. Rasakan tarikan bahu dan punggung. ✓ Gerakan Inti <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan gerakan seperti jalan ditempat dengan lambaian kedua tangan searah dengan sisi kaki yang diangkat. 2. Buka kedua tangan dengan jari mengepal dan kaki

	<p>dibuka selebar bahu. Kedua kepalan tangan bertemu dan ulangi gerakan semampunya sambil mengatur napas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kedua kaki dibuka agak lebar lalu angkat tangan menyerong. Sisi kaki yang searah dengan tangan sedikit ditekuk. Tangan diletakkan dipinggang dan kepala searah dengan gerakan tangan, lalu ganti dengan sisi lainnya. 4. Jari mengepal dan kedua tangan diangkat keatas. Lakukan bergantian secara perlahan dan semampunya. Kaki dibuang ke samping. Kedua tangan dengan jemari mengepal ke arah yang berlawanan. Ulangi dengan sisi bergantian. 5. Kedua kaki dibuka lebar dari bahu, satu lutut agak ditekuk. Tangan lurus kearah lutut yang ditekuk. Ulangi gerakan kearah sebaliknya dan lakukan semampunya. <p>✓ Pendinginan</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Kedua kaki dibuka selebar bahu, lingkarkan satu tangan ke leher dan tahan dengan tangan lainnya dan lakukan pada sisi lainnya. e. Posisi tetap, tautkan kedua tangan lalu gerakkan kesamping dengan gerakan setengah putaran. Tahan 8-10 hitungan lalu arahkan tangan kesisi lainnya.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti senam hipertensi. 2. Memberi pujian atas keberhasilan klien. b. Rencana tindak lanjut <p>Menganjurkan klien melaksanakan senam hipertensi minimal 30 menit dan dilakukan seminggu tiga kali.</p>

Lampiran 4 Indeks Barthel

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Skor yang didapat
1.	Makan	5	10	
2.	Berpindah dari korsi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5-10	15	15
3.	Personal toilet (cuci muka, menysisir rambut, gosok gigi)	0	5	5
4.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	10
5.	Mandi	0	5	5
6.	Berjalan dipermukaan datar (jika tidak bisa, dengan kursi roda)	0	5	10
7.	Naik turun tangga	5	10	5
8.	Mengenakan pakaian	5	10	10
9.	Kontrol bowel (BAB)	5	10	10
10.	Kontrol bladder (BAK)	5	10	10
Jumlah		35-45	90	90
Kategori : Mandiri = 72-90 Ketergantuan parsial = 54-71 Ketergantungan total = 35-53				

Lampiran 5 MMSE (Mini Mental State Examination)

No	Aspek kognitif	Nilai maks	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : Tahun : 2022 Musim : Panas Tanggal : 13 Hari : Kamis Bulan : Januari
2.	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada ? Negara : Indonesia Propinsi : Jawa timur Kabupaten / Kota : Surabaya Panti : Wredha Wisma :
3.	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama objek (misal : Kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1. Kursi. 2. Kertas. 3. Meja.
4.	Perhatian & Kalkulasi	5	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurang 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1. 93 2. 79 3. 65 4. 86 5. 72
5.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada point ke-2 (tiap poin nilai 1)
6.	Bahasa	9	9	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut). 1. Bantal 2. Lemari 3. Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : 1. Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3

				langkah berikut : 2. Ambil kertas ditangan anda Lipat dua 3. Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 4. "Tutup mata anda" 5. Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 6. Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk
Total nilai		30	30	
Interpretasi hasil : 24 - 30 = Tidak ada gangguan kognitif. 18 - 23 = Gangguan kognitif sedang. 0 - 17 = Gangguan kognitif berat.				

Lampiran 6 SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Tanggal berapa hari ini ?	0	
2.	Hari apa sekarang ?	0	
3.	Apa nama tempat ini ?	0	
4.	Dimana alamat anda ?	0	
5.	Berapa umur anda ?		1
6.	Kapan anda lahir ?		1
7.	Siapa presiden Indonesia ?	0	
8.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?		1
9.	Siapa nama ibu anda ?	0	
10.	Kurang dari 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun?	0	
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.			

Lampiran 7 APGAR

No	Uraian	Fungsi	Skor
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/teman-teman saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	<i>Adaptation</i>	Selalu (2)
2.	Saya puas dengan cara keluarga/teman-teman saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	<i>Partnership</i>	Selalu (2)
3.	Saya puas dengan cara keluarga/teman-teman saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas/arah baru	<i>Growth</i>	Selalu (2)
4.	Saya puas dengan cara keluarga/teman-teman saya mengekspresikann afek dan berespon terhadap emosi saya seperti marah, sedih	<i>Affection</i>	Kadang-kadang (1)
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	<i>Resolve</i>	Selalu (2)
Interpretasi : <3 = disfungsi berat 4-6 = disfungsi sedang >6 = fungsi baik			

Lampiran 8 Pengkajian Depresi

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	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	1
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
6.	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	0
13.	Anda merasa diri anda sangat energik/bersemangat	0	1	0
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	1
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	1
Interpretasi :				
Jika diperoleh skore 5 atau lebih maka diindikasikan depresi				

Lampiran 9 Pengkajian Status Nutrisi

No	Indikator	Score	Hasil
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	2
2.	Makanan < 2 kali/hari	3	0
3.	Makan sedikit buah, sayur, atau olahan susu	2	0
4.	Mempunyai 3 atau lebih kebiasaan minum alkohol setiap harinya	2	0
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	2
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	0
7.	Lebih sering makan sendirian	1	1
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap hari	1	0
9.	Mengalami penurunan BB 5kg dalam 6 bulan terakhir	2	0
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	0
Interpretasi :			
3-5 = moderate nutritional risk			

Lampiran 10 Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS : pasien mengeluh nyeri saat menggerakkan ekstremitas, nyeri yang dirasakan saat bergerak sehingga gerakan terbatas,</p> <p>DO: P : kaki sebelah kanan Q : seperti ditusuk-tusuk R : Kaki sebelah kanan S : 6 dari (1-10) T : hilang timbul.</p>	Nyeri Akut	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, D.0054)
2.	<p>DS : Ny.M mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher.</p> <p>DO : P: Kepala dan leher Q: seperti dipukuli R: kepala dan leher S: 7 (1-10) T: Hilang timbul TD : 170/98 mmHg N : 95 x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36,5°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.M tampak meringis, memegangi kepala dan belakang leher - ekspresi wajah sedih dan gelisah. 	Hipertensi	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI, D.0017)
3.	<p>DS: Pasien mempunyai masalah dengan mulut (sariawan) dan giginya (berlubang) sehingga tidak dapat makan makanan yang keras.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB : 67kg, - otot pengunyah lemah, - terdapat sariawan. 	Ketidakmampuan Mencerna Makanan	Resiko Defisit Nutrisi (SDKI, D.0032)

Lampiran 11 Rencana Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri (SDKI D.0054, Hal 124)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil (SLKI L.05042): <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 	Dukungan mobilisasi (SIKI I.05173) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
2.	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi (SDKI, D.0017 Hal 51)	Setelah dilakukan Tindakan 3x24jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil (SLKI L.02014) <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala menurun 2. Gelisah menurun 3. Kecemasan meurun 4. Tekanan darah sistolik membaik 	Perawatan Sirkulasi (SIKI I.02079) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, suhu, tekanan darah) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. hipertensi) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengukuran tekanan darah 2. Hindari pemasangan infus diarea keterbatasan perfusi Edukasi

		5. Tekanan darah diastolik membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berolahraga rutin 2. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 3. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
3.	Resiko Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Mencerna Makanan (SDKI, D.0032, Hal 81)	<p>Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil (SLKI L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan dihabiskan meningkat 2. Bb meningkat 3. Frekuensi makan meningkat 4. Nafsu makan meningkat 5. Perasaan cepat kenyang meningkat. 	<p>Manajemen Nutrisi (SIKI I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi status nutrisi 2. identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. monitor asupan makanan 4. monitor berat badan (BB) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, 2. sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai <p>Edukasi anjurkan posisi duduk jika mampu</p> <p>Kolaborasi kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p>

Lampiran 12 Implementasi & Evaluasi Keperawatan

NO	Tgl & jam	No Dx	Implementasi Keperawatan	Tgl & jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	13-1-22 07.00	1,2,3	1. Periksa sirkulasi perifer : TD : 170/98 mmHg S : 36,5°C RR 20 x/mnt N 95 x/mnt	13-1-22 12.10	Dx1 : Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri S: pasien mengeluh nyeri saat menggerakkan ekstremitas, nyeri yang dirasakan saat bergerak sehingga gerakan terbatas O: P : kaki sebelah kanan Q : seperti ditusuk-tusuk R : Kaki sebelah kanan S : 6 dari (1-10) T : hilang timbul. A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan pada no 2,3,4,7,8 Dx2 : Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi S: Ny.M mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher. O : P: Kepala dan leher Q: seperti dipukuli R: kepala dan leher S: 8 (1-10) T: Hilang timbul TD : 172/99 mmHg N : 95 x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36,5°C - Ny.M tampak meringis, memegang kepala dan belakang leher - ekspresi wajah sedih dan gelisah. A : masalah belum teratasi	NS
	08.00	1,2	2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, hasil: Ny.M mengatakan nyeri dibagian kepala, leher, dan nyeri kaki			NS
	08.15	1,2	3. Identifikasi skala nyeri, hasil: Ny.M mengatakan nyeri dibagian kepala, leher skala nyerinya 8 sedangkan nyeri kaki nyerinya 6	12.20		NS
	09.00	2	4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan melakukan senam hipertensi, hasil: Ny.M mampu mengikuti senam hipertensi yang diajarkan perawat mulai awal sampai akhir			NS
	10.00	1	5. Monitor kondisi umum sebelum dan sesudah memulai mobilisasi, hasil: Ny.M tampak gemetar saat melakukan mobilisasi			NS
	10.05	1	6. Anjurkan menggunakan alas kaki			

	11.00	1,2	yang tidak licin, hasil: Ny.M menggunakan alas kaki yang tidak licin	12.35	P : Intervensi dilanjutkan Dx3 : Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan	NS
	12.00	3	7. Menganjurkan minum obat rutin (Amlodipine, Asam mefenamat) 8. Memberikan diit lunak dan rendah garam		S: Pasien mempunyai masalah dengan mulut (sariawan) dan giginya (berlubang) sehingga tidak dapat makan makanan yang keras. O: - BB : 67kg, - otot pengunyah lemah - terdapat sariawan A : masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	NS
2.	14-1-22 07.00	1,2,3	1. Periksa sirkulasi perifer : TD : 170/95 mmHg S : 36,5°C RR 20 x/mnt N 95 x/mnt	14-1-22 12.00	Dx1 : Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri S: pasien mengeluh nyeri saat menggerakkan ekstremitas, nyeri yang dirasakan saat bergerak sehingga gerakan terbatas O: P : kaki sebelah kanan Q : seperti ditusuk-tusuk R : Kaki sebelah kanan S : 4 dari (1-10) T : hilang timbul. A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan no 3,4,8	NS
	08.00	1,2	2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, hasil: Ny.M mengatakan nyeri dibagian kepala, leher, dan nyeri kaki			NS
	08.15	1,2	3. Identifikasi skala nyeri, hasil: Ny.M mengatakan nyeri dibagian kepala, leher skala nyerinya 7 sedangkan nyeri kaki nyerinya 4	12.15	Dx2 : Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi S: Ny.M mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher. O : P: Kepala dan leher Q: seperti dipukuli	NS
	09.00	2	4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan melakukan senam hipertensi, hasil: Ny.M mampu mengikuti senam			

	10.00	1	hipertensi yang diajarkan perawat mulai awal sampai akhir		R: kepala dan leher S: 7 (1-10) T: Hilang timbul	NS
	10.05	1	5. Monitor kondisi umum sebelum dan sesudah memulai mobilisasi, hasil: Ny.M tampak gemetar saat melakukan mobilisasi		TD : 170/90 mmHg N : 95 x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36,5°C	
	11.00	1,2	6. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, hasil: Ny.M menggunakan alas kaki yang tidak licin	12.30	- Ny.M tampak meringis, memegangi kepala dan belakang leher - ekspresi wajah sedih dan gelisah. A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no 1,5,6,7	
	12.00	3	7. Menganjurkan minum obat rutin (Amlodipine, Asam mefenamat) 8. Memberikan diit lunak dan rendah garam		Dx3 : Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan S: Pasien mempunyai masalah dengan mulut (sariawan) dan giginya (berlubang) sehingga tidak dapat makan makanan yang keras. O: - BB : 67kg, - otot pengunyah lemah - terdapat sariawan A : masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan	
3.	15-1-22 07.00	1,2,3	1. Periksa sirkulasi perifer : TD : 167/98 mmHg S : 36,5°C RR 20 x/mnt N 95 x/mnt	15-1-22 12.00	Dx1 : Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri S: pasien mengeluh nyeri saat menggerakkan ekstremitas, nyeri yang dirasakan saat bergerak sehingga gerakan terbatas O: P : kaki sebelah kanan Q : seperti ditusuk-tusuk R : Kaki sebelah kanan S : 1 dari (1-10) T : hilang	NS
	08.00	1,2	2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, hasil: Ny.M mengatakan nyeri dibagian kepala,			NS

08.15	1,2	leher, dan nyeri kaki	12.15	<p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan Dx2 : Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi S: Ny.M mengatakan sering pusing dan nyeri pada leher. O : P: Kepala dan leher Q: seperti dipukuli R: kepala dan leher S: 7 (1-10) T: Hilang timbul TD : 165/90 mmHg N : 95 x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36,5°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.M tampak meringis, memegangi kepala dan belakang leher - ekspresi wajah sedih dan gelisah. <p>A : masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,5,6,7</p> <p>Dx3 : Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan S: Pasien mempunyai masalah dengan mulut (sariawan) dan giginya (berlubang) sehingga tidak dapat makan makanan yang keras. O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB : 67kg, - otot pengunyah lemah - terdapat sariawan <p>A : masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	NS
09.00	2	3. Identifikasi skala nyeri, hasil: Ny.M mengatakan nyeri dibagian kepala, leher skala nyerinya 7 sedangkan nyeri kaki nyerinya 6			
10.00	1	4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan melakukan senam hipertensi, hasil: Ny.M mampu mengikuti senam hipertensi yang diajarkan perawat mulai awal sampai akhir			
10.05	1	5. Monitor kondisi umum sebelum dan sesudah memulai mobilisasi, hasil: Ny.M tampak gemetar saat melakukan mobilisasi			
11.00	1,2	6. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, hasil: Ny.M menggunakan alas kaki yang tidak licin			
12.00	3	7. Menganjurkan minum obat rutin (Amlodipine, Asam mefenamat) 8. Memberikan diit lunak dan rendah garam	12.30		NS