

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. J MASALAH
KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN MOBILITAS FISIK
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI
DI UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN
SURABAYA**



Oleh : Evin Dinda Lestari, S.Kep.

NIM. 21.30058

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

2022

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. J MASALAH KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN SURABAYA

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Ners (Ns)**



Oleh : Evin Dinda Lestari, S.Kep.

NIM. 21.30058

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

2022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang 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 plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya,6 Juli 2022

penulis

Evin Dinda Lestari., S.Kep.

NIM. 21.30058

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Evin Dinda Lestari

NIM : 2130058

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. J Masalah Keperawatan
Utama Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Di
UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

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

NERS (Ns)

Pembimbing Institusi

Pembimbing Lahan

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

Didik Dwi Winarno, S.Kep.,Ns.,M.Kkk

NIP.03.009

NIP. 19870712210011008

Ditetapkan : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 6 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Evin Dinda Lestari, S.Kep.

NIM : 21.30058

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. J Masalah Keperawatan Utama Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah 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 : Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

NIP. 03.0007

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

NIP.03.009

Penguji II : Didik Dwi Winarno., S.Kep., Ns.,M.Kkk.

NIP. 198707122010011008

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka. Prodi Profesi Ners

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

NIP.03.009

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatan kehadiran Allah SWT, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. J Masalah Keperawatan Utama Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis memanfaatkan berbagai literatur serta memperoleh banyak bimbingan dan bantuan dari pembimbing serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyelesaiannya.

Dalam kesempatan ini, perkenankan penulis menyampaikan ucapan rasa terima kasih, rasa hormat kepada :

1. DR. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners dan juga selaku pembimbing karya ilmiah kami yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Ketua penguji terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

5. Bapak Didik Dwi Winarno., S.Kep., Ns.,M.Kkk. selaku Penguji 2 dan juga selaku Kepala UPTD Griya Wreda Jambangan terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
6. Seluruh staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
7. Mama, Ayah, Adik serta keluarga besar yang senantiasa mendoakan dan memberikan dukungan kepada saya.
8. Teman-teman Ners angkatan 12 STIKES Hang Tuah Surabaya dan pihak pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan KTI ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan proposal skripsi ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 6 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

COVER DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Metode Penelitian.....	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	5
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Hipertensi	7
2.1.1 Definisi Hipertensi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Tanda dan Gejala.....	9
2.1.4 Patofisiologi	11
2.1.5 Klasifikasi	12
2.1.6 Komplikasi.....	13
2.1.7 Penatalaksanaan	14
2.2 Konsep Dasar Mobilitas Fisik (ROM).....	17
2.2.1 Definisi ROM.....	17
2.2.2 Tujuan ROM	18
2.2.3 Manfaat ROM	18
2.2.4 Klasifikasi ROM	19
2.2.5 Prinsip Dasar Latihan ROM	19
2.2.6 Gerakan-gerakan ROM	20
2.3 Konsep Dasar Lansia	22
2.3.1 Definisi Lansia	22
2.3.2 Klasifikasi Lansia	22
2.3.3 Batasan Lansia	23
2.3.4 Kebutuhan Dasar Lansia.....	23
2.3.5 Hipertensi Pada Lansia	24
2.4 WOC	25
2.5 Literatur Review Gangguan Mobilitas Fisik	26

2.6	Model Konsep Keperawatan	31
2.7	Konsep Asuhan Keperawatan	32
2.7.1	Pengkajian.....	32
2.7.2	Diagnosa Keperawatan	38
2.7.3	Intervensi Keperawatan	39
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		43
3.1	Pengkajian.....	43
3.1.1	Identitas Pasien.....	43
3.1.2	Riwayat Kesehatan	43
3.1.3	Status Fisiologi.....	44
3.1.4	Pemeriksaan Fisik (<i>Head To Toe</i>).....	44
3.1.5	Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia	47
3.1.6	Pengkajian Psikososial	47
3.1.7	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan.....	47
3.1.8	Pengkajian Lingkungan	48
3.1.9	Status Nutrisi.....	49
3.1.10	Tingkat Kemandirian Dalam Kehidupan Sehari-hari (<i>Indeks Barthel</i>)	50
3.1.11	MMSE (<i>Mini Mental Status Exam</i>).....	51
3.1.12	SPMSQ (<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>).....	53
3.1.13	GDS (<i>Geriatric Depression Scale</i>).....	54
3.1.14	APGAR Keluarga Dengan Lansia.....	55
3.2	Analisa Data.....	56
3.3	Prioritas Masalah.....	57
3.4	Intervensi Keperawatan	58
3.5	Implementasi Keperawatan.....	61
BAB 4 PEMBAHASAN		66
4.1	Pengkajian.....	66
4.1.1	Identitas	67
4.1.2	Riwayat Kesehatan	68
4.1.3	Pemeriksaan Fisik.....	69
4.2	Pengkajian Konsep Lansia	71
4.3	Diagnosa Keperawatan	71
4.4	Tujuan dan Intervensi	74
4.5	Implementasi.....	77
4.6	Evaluasi.....	79
BAB 5 PENUTUP		81
5.1	Kesimpulan	81
5.2	Saran	82
DAFTAR PUSTAKA		84
Lampiran 1		87
Lampiran 2		88
Lampiran 3		89
Lampiran 4		91
Lampiran 5		93

Lampiran 6	94
Lampiran 7	95
Lampiran 8	97

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO.....	13
Tabel 2.2 Pengolongan Batasan Usia Lansia Menurut WHO	19
Tabel 3.2 Analisa Data.....	43
Table 3.3 Prioritas Masalah.....	44
Table 3.5 Intervensi Keperawatan	45
Table 3.6 Implementasi Keperawatan.....	48

DAFTAR GAMBAR

2.4	WOC.....	11
-----	----------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	73
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	74
Lampiran 3 Pengkajian Keseimbangan untuk Lansia.....	75
Lampiran 4 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck	77
Lampiran 5 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga.....	79
Lampiran 6 Tingkat kerusakan Intelektual SPMSQ	80
Lampiran 7 Identifikasi Aspek Kognitif	81
Lampiran 8 Tingkat kemandirian Indeks KATZ	83

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN

mmHg : Milimeter Hydragyrum

HB : Hemoglobin

HT : Hematokrit

EKG : Elektrokardiogram

SDKI : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

MMSE : Mini Mental Status Exam

SPMSQ: Short Portable Mental Status Questionnaire

GDS : Geriatric Depression Scale

ADL : Activity of Daily Living

ROM : Range Of Motion

SIMBOL

> : Lebih dari

< : Kurang dari

- : Sampai

% : Persen

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Kholifah, 2016). Menua merupakan proses yang alamiah hilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan organ tubuh untuk mempertahankan fungsi normal tubuh. Seiring bertambahnya usia timbul perubahan sebagai akibat proses menua, meliputi perubahan fisik, mental, spiritual, dan psikososial (Fatma et al., 2018). Berbagai sistem tubuh mengalami perubahan, salah satunya sistem kardiovaskular yang mengakibatkan katup jantung menebal dan menjadi kaku, elastisitas dinding aorta menurun, kemampuan jantung memompa darah menurun, dan meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer. Hal ini yang menyebabkan lansia cenderung mengalami kenaikan tekanan darah dan mengidap hipertensi (Siti, 2009). Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, gagal ginjal. Disebut sebagai “pembunuh diam-diam“ karena orang dengan hipertensi sering tidak menampakkan gejala (Brunner & Suddart, 2015).

Menurut BPS (2019), dalam waktu hampir lima dekade persentase lansia di Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat terhitung mulai tahun 1971 sampai tahun 2019, yaitu sebesar 9,6% (25 juta-an). Sementara itu, persentase lansia yang berada di Provinsi Jawa Timur sebesar 12,96% (BPS, 2019). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2018, hipertensi merupakan penyakit tidak

menular terbanyak pada penduduk lansia di Jawa Timur yaitu sebesar 22,71% (Dinkes Jatim, 2018).

Menurut World Health Organization (WHO) diperkirakan 1,13 miliar orang di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Menurut hasil Riskesdas 2018, kejadian hipertensi di Indonesia merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi yaitu sebesar 34,1%. Hipertensi juga menempati peringkat ke-2 dari 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit di Indonesia dengan prevalensi sebesar 4,67%. Kecenderungan prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara pada usia ≥ 18 tahun menurut provinsi di Indonesia tahun 2013, Jawa Timur berada pada urutan ke-6. Jumlah pasien hipertensi terbanyak di Jawa Timur berada di Kota Surabaya yaitu sebanyak 313.960 penduduk. Adapun prevalensi hipertensi dengan diagnosis dokter sebanyak 62,63% berusia 55-75 tahun ke atas (kemeskes RI, 2018). Dari data hasil distribusi lansia tahun 2022 berdasarkan diagnosis penyakit di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya selama 3 bulan terakhir dari 160 total lansia 79 lansia menderita hipertensi, 18 lansia diabetes, 18 lansia kolesterol, 15 lansia stroke, 24 lansia demensia, 4 lansia skizofrenia, 1 lansia mengalami kanker, 7 lansia mengalami gangguan penglihatan, 8 lansia mengalami gangguan pendengaran, dan 10 lansia mengalami konjungtivitis. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar lansia mengalami masalah kesehatan hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya.

Kesehatan lansia bila tidak di tangani dengan baik, akan menyebabkan penurunan fungsi fisik dan fisiologis sehingga terjadi kerusakan tubuh yang lebih parah, menimbulkan banyak komplikasi dan mempercepat kematian. Hipertensi

pada lansia bila tidak segera diobati dapat menyebabkan gagal jantung, stroke dan gagal ginjal (A. . Perry & Potter, 2005). Banyaknya dampak dari hipertensi menjadikannya memerlukan penanganan yang tepat. Adapun penanganan hipertensi dibagi menjadi dua jenis yaitu nonfarmakologis dan farmakologis. Metode farmakologi dengan obat-obatan dapat berdampak negatif terhadap tubuh manusia bila digunakan terlalu lama, sehingga terapi ini dapat digunakan hanya jika diperlukan saja, sedangkan terapi nonfarmakologis sangat disarankan karena diyakini lebih aman dan memberi efek positif jika dikonsumsi atau diterapkan (Endang, 2014). Terapi nonfarmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan hipertensi diantaranya adalah modifikasi gaya hidup, mengurangi stres, dan menurunkan obesitas, terapi relaksasi otot progresif, terapi musik (Terapi et al., 2021). Dampak apabila seseorang tidak mengkonsumsi obat atau tekanan darahnya tidak dikontrol akan berdampak terjadinya komplikasi. Komplikasi yang terjadi apabila tekanan darah tinggi tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ jantung, otak, ginjal dan mata, sehingga dapat mengakibatkan gagal jantung, resiko stroke, kerusakan pada ginjal dan kebutaan (Septina, 2017).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk membuat suatu karya tulis ilmiah dengan judul “ Asuhan keperawatan Gerontik pada Tn. J dengan masalah keperawatan utama gangguan mobilitas fisik dengan diagnosa medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya”. dengan pertimbangan banyaknya jumlah penderita hipertensi di Panti Wreda Surabaya serta komplikasi-komplikasi yang timbul apabila hipertensi tidak ditangani dengan tepat. Faktor

penyebab dari hipertensi itu seperti perubahan gaya hidup sebagai contohnya merokok, obesitas, inaktivitas fisik dan stres psikososial. Karena angka prevalensi hipertensi di Indonesia yang semakin tinggi maka perlu adanya penanggulangan, diantaranya terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Latihan nafas dalam merupakan suatu bentuk terapi nonfarmakologi, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam (nafas lambat dan menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, latihan relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Dita, 2016).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah sebagai berikut : “Bagaimana Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. J Dengan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui secara spesifik asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan hipertensi di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada lansia dengan hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada lansia dengan hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
4. Melakukan tindakan keperawatan pada lansia dengan hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada lansia dengan hipertensi sesuai dengan rencana keperawatan di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

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

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

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

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

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

1.5.3 Sumber Data

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

1.6 Sistematika Penulisan

Secara keseluruhan studi karya ilmiah akhir ini dibagi menjadi 3 bagian, yaitu terdiri dari bagian awal yaitu terdiri dari halaman judul, halaman pernyataan hasil karya sendiri, persetujuan komisi pembimbing, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan daftar lampiran. Bagian inti memuat bab 1 pendahuluan, bab 2 tinjauan pustaka, bab 3 tinjauan kasus, bab 4 pembahasan dan bab 5 penutup. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini membahas mengenai konsep, landasan teori dari berbagai aspek yang terkait dengan topik asuhan keperawatan, yang meliputi : 1) Konsep Dasar Hipertensi 2) Konsep Dasar Mobilitas Fisik Pada Lansia (*ROM*) 3) Konsep Dasar Lansia, dan 4) Konsep Asuhan Keperawatan

2.1 Konsep Dasar Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah pada pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari satu periode (Wajan, 2010). Secara umum, hipertensi merupakan penyakit tanpa gejala dimana orang-orang menganggap bahwa gejala yang terjadi merupakan sakit biasa, karena gejala klinis yang timbul pada hipertensi antara lain tengkuk terasa pegal, pusing, mual muntah, tekanan darah tinggi, sakit kepala (Kowalak & P. Jennifer, 2017). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan darah di atas normal yang ditunjukkan oleh angka systolic (bagian atas) dan angka diastolic (bagian bawah) pada pemeriksaan tensi darah menggunakan alat pengukur tekanan darah baik yang berupa cuff air raksa (Sphygomanometer) ataupun alat digital lainnya (Irwan, 2017).

Sedangkan menurut Sheps (2005) dalam (Masriadi, 2016), hipertensi adalah penyakit dengan tanda adanya gangguan tekanan darah sistolik maupun diastolik yang naik diatas tekana darah normal. Tekanan darah sistolik adalah tekana puncak yang tercapai ketika jantung berkontraksi dan memompakan darah keluar melalui

arteri. Tekanan darah diastolik diambil tekanan jatuh ketitik terendah saat jantung rileks dan mengisi darah kembali (Septina, 2017).

2.1.2 Etiologi

Menurut (G. Bare & Suzanne C Smeltzer, 2002) penyebab hipertensi dibagi menjadi 2, yaitu :

1. Hipertensi Esensial atau Primer

Menurut (Lewis, 2000) hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder dari hipertensi tidak ditemukan. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Onset hipertensi primer terjadi pada usia 30-50 tahun. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit renovaskuler, aldosteronism, pheochromocytoma, gagal ginjal, dan penyakit lainnya. Genetik dan ras merupakan bagian yang menjadi penyebab timbulnya hipertensi primer, termasuk faktor lain yang diantaranya adalah faktor stress, intake alkohol moderat, merokok, lingkungan, demografi dan gaya hidup.

2. Hipertensi Sekunder

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

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

- a. Elastisitas dinding aorta menurun
- b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku
- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

Pada orang lanjut usia, penyebab hipertensi di sebabkan terjadinya perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah, kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer. Setelah usia 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun 1% tiap tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume. Elastisitas pembuluh darah menghilang karena terjadi berkurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi (Reny, 2014)

2.1.3 Tanda dan Gejala

Klien yang menderita hipertensi terkadang tidak menampilkan gejala hingga bertahun-tahun. Jika ada gejala menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskulasisasikan oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai

nokturia (paningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen pada urea darah dan kreatinin) (Hanifah, 2019).

Pada pemeriksaan fisik, tidak di jumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula di temukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus) (Hanifah, 2019).

Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemiak transien (transient ischemic attac, TIA) yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam pengelihatan (Reny, 2014).

Gejala umum yang di timbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Secara umum gejala yang di keluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut :

1. Sakit kepala
2. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
3. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
4. Berdebar atau detak jantung terasa cepat
5. Telinga berdengung (Hanifah, 2019).

2.1.4 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis yang berlanjut kebawah ke korda spinalis di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor di hantarkan dalam bentuk implus yang bergera melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah di mana dengan di leparkannya norepinephrin mengakibatkan kontriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasopnefrin, meskipun tidak di ketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

Pada saat bersamaan di mana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokontriksi. Medul adrenal mensekresi kortisol an steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokontrikso yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian di ubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Reny, 2014).

Untuk pertimbangan gerontologi, perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan alam relaksasi otot polos pembuluh darah yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsensusnya aorta dan arteri berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang di pompa oleh jantung (volume cukup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Padila, 2013).

2.1.5 Klasifikasi

Menurut World Health Organization (WHO) dan Internation Society of Hypertension Working Group (ISHWG) telah mengelompokkan hipertensi dalam klasifikasi optimal, normal, normal tinggi, hipertensi ringan, hipertensi sedang, dan hipertensi berat (Sani, 2008).

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO

Kategori	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Optimal		
Normal	< 120	< 80
Normal Tinggi	< 130	< 85
	130-139	85 – 89
Tingkat 1 (Hipertensi Ringan)	140-159	90-99
	140-149	90-94
Tingkat 2 (Hipertensi Sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (Hipertensi Berat)	> 180	> 110
Hipertensi sistol terisolasi (isolated systolic hypertension)	> 140	< 90
	140-149	< 90

(Sumber : Sani, 2008)

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang di timbulkan akibat hipertensi adalah sebagai berikut :

1. Kerusakan pada jantung

Komplikasi hipertensi dapat menyebabkan pembesaran pada otot jantung kiri yang menyebabkan gagalnya jantung menjalankan fungsinya untuk memompa darah ke seluruh tubuh yang ditandai dengan : sesak nafas dan kelelahan.

2. Stroke

Stroke merupakan gangguan pembuluh darah yang terletak di otak yang jika aliran darah ke otak terganggu maka otak akan mengalami kerusakan. Terkadang stroke terjadi karena penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan darah tidak dapat mengalir melewati sumbatan tersebut.

3. Kerusakan pada ginjal Kerusakan pada ginjal dapat menyebabkan gagalnya fungsi ginjal untuk mengeluarkan zat-zat yang tidak di perlukan lagi oleh tubuh yang menyebabkan penderita akhirnya memerlukan cuci darah.

4. Kerusakan pada mata

Kerusakan pada mata merupakan komplikasi dari penyakit hipertensi yang dapat menyebabkan gangguan penglihatan hingga kebutaan. Penyakit arteri coroner Penyakit ini mengacu pada terjadinya penyumbatan di pembuluh darah yang mensuplai nutrisi dan oksigen ke jantung. Sumbatan ini umumnya terjadi akibat adanya penumpukan lemak dan sel-sel yang di sebut makfrog, sumbatan yang terjadi pada arteri koroner merupakan penyebab utama pada serangan jantung (Rumah et al., 2018).

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah di atas 140/90 mmHg. Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi :

1. Penatalaksanaan Nonfarmakologi

Modifikasi gaya hidup dalam penatalaksanaan nonfarmakologi sangat penting untuk mencegah tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan nonfarmakologis pada penderita hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah tinggi dengan cara memodifikasi faktor resiko yaitu:

a. Mempertahankan berat badan ideal

Mempertahankan berat badan yang ideal sesuai Body Mass Index dengan rentang 18,5 – 24,9 kg/m². BMI dapat diketahui dengan rumus membagi berat badan dengan tinggi badan yang telah dikuadratkan dalam satuan meter. Obesitas yang terjadi dapat diatasi dengan melakukan diet rendah kolesterol kaya protein dan serat. Penurunan berat badan sebesar 2,5 – 5 kg dapat menurunkan tekanan darah diastolik sebesar 5 mmHg (Dalimartha, 2008).

b. Mengurangi asupan natrium (sodium)

Mengurangi asupan sodium dilakukan dengan melakukan diet rendah garam yaitu tidak lebih dari 100 mmol/hari (kira-kira 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/hari), atau dengan mengurangi konsumsi garam sampai dengan 2300 mg setara dengan satu sendok teh setiap harinya. Penurunan tekanan darah

sistolik sebesar 5 mmHg dan tekanan darah diastolik sebesar 2,5 mmHg dapat dilakukan dengan cara mengurangi asupan garam menjadi ½ sendok teh/hari (Dalimartha, 2008).

c. Batasi konsumsi alkohol

Mengonsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau lebih dari 1 gelas per hari pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah, sehingga membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol dapat membantu dalam penurunan tekanan darah (Soenarta et al., 2015).

d. Makan K dan Ca yang cukup dari diet

Kalium menurunkan tekanan darah dengan cara meningkatkan jumlah natrium yang terbuang bersamaan dengan urin. Konsumsi buah-buahan setidaknya sebanyak 3-5 kali dalam sehari dapat membuat asupan potassium menjadi cukup. Cara mempertahankan asupan diet potasium (>90 mmol setara 3500 mg/hari) adalah dengan konsumsi diet tinggi buah dan sayur.

e. Menghindari merokok

Merokok meningkatkan resiko komplikasi pada penderita hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke. Kandungan utama rokok adalah tembakau, didalam tembakau terdapat nikotin yang membuat jantung bekerja lebih keras karena mempersempit pembuluh darah dan meningkatkan frekuensi denyut jantung serta tekanan darah (Dalimartha, 2008).

f. Penurunan stress

Stress yang terlalu lama dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah sementara. Menghindari stress pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara relaksasi seperti relaksasi otot, yoga atau meditasi yang dapat

mengontrol sistem saraf sehingga menurunkan tekanan darah yang tinggi (Hartono, 2007).

g. Terapi relaksasi progresif

Di Indonesia, penelitian relaksasi progresif sudah cukup banyak dilakukan. Terapi relaksasi progresif terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi (Endang, 2014). Teknik relaksasi menghasilkan respon fisiologis yang terintegrasi dan juga mengganggu bagian dari kesadaran yang dikenal sebagai “respon relaksasi Benson”. Respon relaksasi diperkirakan menghambat sistem saraf otonom dan sistem saraf pusat serta meningkatkan aktivitas parasimpatis yang dikarakteristikan dengan menurunnya otot rangka, tonus otot jantung dan mengganggu fungsi neuroendokrin. Agar memperoleh manfaat dari respons relaksasi, ketika melakukan teknik ini diperlukan lingkungan yang tenang, posisi yang nyaman.

2. Penatalaksanaan Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi menurut (Wijaya & Putri, 2013) merupakan penanganan menggunakan obat-obatan, antara lain :

a. Golongan Diuretik

Diuretik thiazide biasanya membantu ginjal membuang garam dan air, yang akan mengurangi volume cairan di seluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah.

b. Penghambat Adrenergik Penghambat adrenergik, merupakan sekelompok obat yang terdiri dari alfablocker, beta-blocker dan alfa-beta-blocker labetalol, yang menghambat sistem saraf simpatis. Sistem saraf simpatis

adalah istem saraf yang dengan segera akan memberikan respon terhadap stress, dengan cara meningkatkan tekanan darah.

c. ACE-inhibitor

Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-inhibitor) menyebabkan penurunan tekanan darah dengan cara melebarkan arteri.

d. Angiotensin-II-bloker

Angiotensin-II-bloker menyebabkan penurunan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang mirip ACE-inhibitor.

e. Antagonis kalsium menyebabkan melebarnya pembuluh darah dengan mekanisme yang berbeda.

f. Vasodilator langsung menyebabkan melebarnya pembuluh darah.

g. Kedaruratan hipertensi (misalnya hipertensi maligna) memerlukan obat yang menurunkan tekanan darah tinggi dengan cepat dan segera. Beberapa obat bisa menurunkan tekanan darah dengan cepat dan sebagian besar diberikan secara intravena : diazoxide, nitroprusside, nitroglycerin, labetalol.

2.2 Konsep Dasar Mobilitas Fisik (ROM)

2.2.1 Definisi ROM

Range Of Motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan untuk menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2005). ROM adalah kemampuan maksimal seseorang dalam melakukan gerakan. Merupakan ruang gerak atau batas-batas gerakan dari kontraksi otot dalam melakukan gerakan, apakah otot memendek

secara penuh atau tidak, atau memanjang secara penuh atau tidak (Lukman dan Ningsih, 2009). Suratun, et al (2006) Range of motion adalah gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan.

Latihan ROM ialah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan masa dan tonus otot sehingga dapat mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur (Nurhidayah, et al. 2014). Latihan ROM adalah latihan yang menggerakkan persendian seoptimal dan seluas mungkin sesuai kemampuan seseorang yang tidak menimbulkan rasa nyeri pada sendi yang digerakan. Adanya pergerakan pada persendian akan menyebabkan terjadinya peningkatan aliran darah kedalam kapsula sendi (Astrand, et al. 2003).

2.2.2 Tujuan ROM

1. Memelihara mobilitas persendian
2. Mencegah kelainan bentuk
3. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot (Suratun, 2008).

2.2.3 Manfaat ROM

Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, memperbaiki tonus otot, mencegah terjadinya kekakuan sendi, dan untuk memperlancar darah.

Menurut Nurhidayah, et al (2014) menyatakan bahwa manfaat ROM adalah:

1. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
2. Mengkaji tulang, sendi dan otot

3. Mencegah terjadinya kekakuan sendi
4. Memperlancar sirkulasi darah
5. Memperbaiki tonus otot
6. Meningkatkan mobilisasi sendi
7. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

2.2.4 Klasifikasi ROM

Suratun, et al (2006), menyatakan bahwa ada beberapa klasifikasi latihan ROM, yaitu:

1. Latihan ROM pasif, yaitu latihan ROM yang dilakukan pasien dengan bantuan dari orang lain, perawat, ataupun alat bantu setiap kali melakukan gerakan. Indikasi : pasien usia lanjut dengan mobilitas terbatas, pasien tirah baring total, kekuatan otot 50%.
2. Latihan ROM aktif, yaitu latihan ROM yang dilakukan mandiri oleh pasien tanpa bantuan perawat pada setiap melakukan gerakan. Indikasi: mampu melakukan ROM sendiri dan kooperatif, kekuatan otot 75%.

2.2.5 Prinsip Dasar Latihan ROM

1. ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari.
2. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien.
3. ROM sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh ahli fisioterapi.
4. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.
5. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian- bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit.

6. Melakukan ROM harus sesuai waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan (Suratun. et.all 2008).

2.2.6 Gerakan-gerakan ROM

1. Pangkal paha dan lutut ditekuk (fleksi)



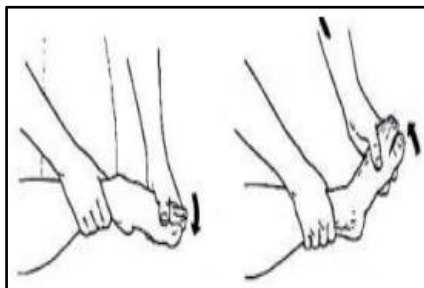
Pegang kaki pasien seperti digambar, tekuk kaki ke arah dada, kemudian kembalikan posisi ke arah semula.

2. Rotasi (perputaran) pangkal paha



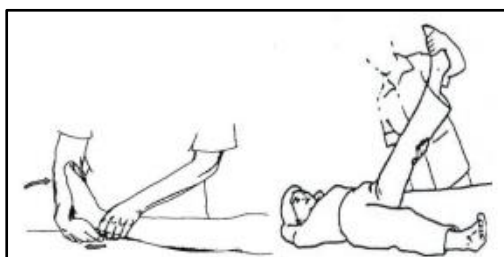
Dekatkan kaki pasien pada perawat, kemudian putar ke arah dalam.

3. Perputaran pergelangan kaki



- Pegang pergelangan kaki pasien seperti digambar dan putar ke arah dalam
- Pegang jari-jari pasien dan tekuk ke arah telapak tangan dan kembalikan ke arah muka pasien

4. Tarikan tumit



Tarik tumit ke arah luar, dan bagian atas ke arah dalam. Kemudian ulangi ke arah yang berlawanan seperti gambar disamping

5. Fleksi dan ekstensi bagian siku



Pegang lengan atas dan bawah pasien, angkat lurus dan kemudian kembali ke posisi semula

6. Fleksi dan ekstensi bahu



Luruskan dan gerakkan tangan ke arah atas kemudian kembali ke posisi semula

7. Perputaran dalam dan luar pada bahu



Pegang tangan pasien seperti gambar, dan lakukan gerakan memutar ke dalam dan ke luar

8. Rotasi (perputaran leher)



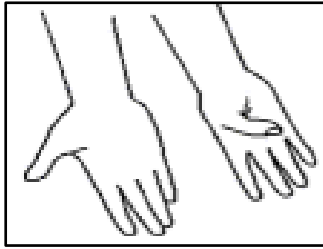
Putar leher ke kanan kemudian ke kiri, upayakan supaya leher menyentuh bahu

9. Fleksi dan ekstensi jari-jari dan pergelangan tangan



Gerakkan jari dan pergelangan tangan ke arah muka

10. Fleksi dan ekstensi ibu jari



Tekuk ibu jari dan kembali seperti semula

2.3 Konsep Dasar Lansia

2.3.1 Definisi Lansia

Gerontik adalah ilmu yang mempelajari tentang proses penuaan yang terjadi pada manusia pada umur 60 tahun (S. R. Dewi, 2014). Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Sumaryati, 2018).

Lansia atau menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan 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 menyebabkan penyakit degenerative misal, hipertensi, arteriosklerosis, diabetes mellitus dan kanker (Nurrahmani, 2012).

2.3.2 Klasifikasi Lansia

Nugroho (2008) dalam (Witaryanti, 2014). Seseorang dianggap lanjut usia sangat bervariasi karena setiap negara memiliki kriteria dan standar yang berbeda. Di Indonesia seseorang disebut lansia apabila ia telah memasuki atau mencapai usia

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

No.	Golongan Lansia	Usia/Umur
1	Usia pertengahan (Middle age)	45 – 59 Tahun
2	Lanjut Usia (Eldery)	60 – 74 Tahun
3	Lanjut Usia Tua (Old)	79 – 90 Tahun
4	Sangat Tua(Very Old)	>90 Tahun

Tabel 2. 2 Penggolongan Batasan Usia Lansia menurut WHO dalam (Kusumowardani, A., & Puspitosari 2014)

2.3.3 Batasan Lansia

Batasan umur lansia menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) lanjut usia meliputi :

1. Usia pertengahan (middle age), kelompok usia 45-59 tahun.
2. Lanjut usia (elderly), kelompok 60-74 tahun.
3. Lanjut usia (old), kelompok usia 74-90 tahun
4. Lansia sangat tua (very old), kelompok usia >90 tahun

2.3.4 Kebutuhan Dasar Lansia

Kebutuhan lanjut usia adalah kebutuhan manusia pada umumnya, yaitu kebutuhan makan, perlindungan makan, perlindungan perawatan, kesehatan dan kebutuhan sosial dalam mengadakan hubungan dengan orang lain, hubungan antar pribadi dalam keluarga, teman-teman sebaya dan hubungan dengan organisasi-organisasi sosial, dengan penjelasan sebagai berikut (Mulyani, 2019) :

1. Kebutuhan utama, yaitu:

- a. Kebutuhan fisiologi/biologis seperti, makanan yang bergizi, seksual, pakaian, perumahan/tempat berteduh
- b. Kebutuhan ekonomi berupa penghasilan yang memadai
- c. Kebutuhan kesehatan fisik, mental, perawatan pengobatan
- d. Kebutuhan psikologis, berupa kasih sayang adanya tanggapan dari orang lain, ketentraman, merasa berguna, memiliki jati diri, serta status yang jelas
- e. Kebutuhan sosial berupa peranan dalam hubungan-hubungan dengan orang lain, hubungan pribadi dalam keluarga, teman-teman dan organisasi social

2. Kebutuhan sekunder, yaitu:

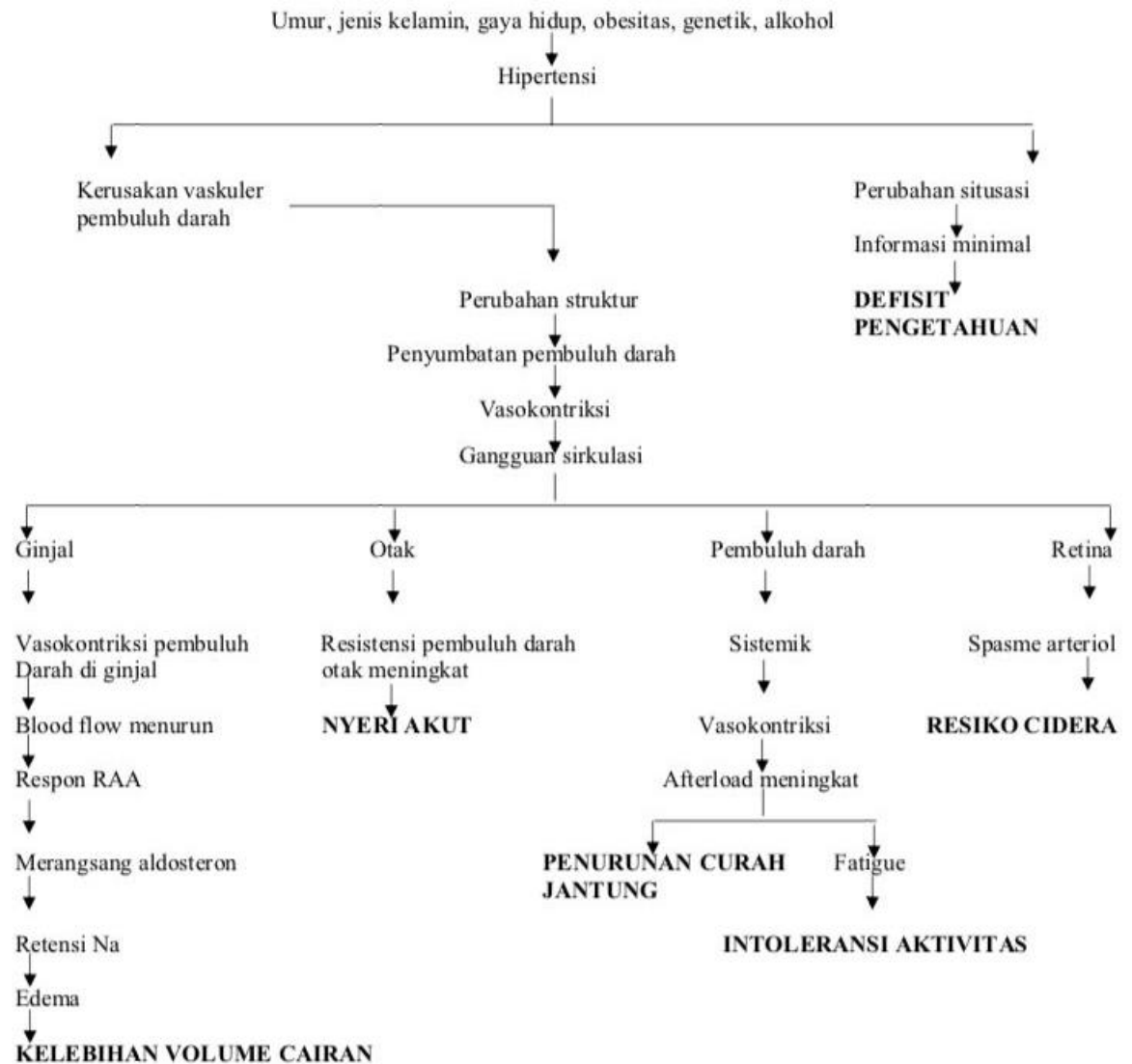
- a. Kebutuhan dalam melakukan aktivitas
- b. Kebutuhan dalam mengisi waktu luang/rekreasi
- c. Kebutuhan yang bersifat kebudayaan, seperti informai dan pengetahuan
- d. Kebutuhan yang bersifat politis, yaitu meliputi status, perlindungan hukum, partisipasi dan keterlibatan dalam kegiatan di masyarakat dan Negara atau pemerintah
- e. Kebutuhan yang bersifat keagamaan/spiritual, seperti memahami makna akan keberadaan diri sendiri di dunia dan memahami hal-hal yang tidak diketahui/ diluar kehidupan termasuk kematian.

2.3.5 Hipertensi Pada Lansia

Pada usia lanjut, hipertensi terutama ditemukan hanya berupa kenaikan tekanan sistolik. Sedangkan menurut WHO memakai tekanan diastolik tekanan yang lebih tepat dipakai dalam menentukan ada tidaknya hipertensi. Tingginya hipertensi

sejalan dengan bertambahnya umur yang disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah kaku, sebagai peningkatan pembuluh darah sistolik (Mulyani, 2019).

2.4 WOC



Daftar gambar, 2.1. WOC Hipertensi *Nanda NIC-NOC* 2013

2.5 Literatur Review Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Hipertensi

No.	Judul & Tahun	Peneliti	Tujuan Penelitian	Temuan & Hasil Penelitian
1.	Pengaruh Latihan Range of Motion (ROM) Aktif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Bawah Lansia Tahun 2019	Adriani & Nurfatma Sari	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh latihan range of motion (ROM) aktif terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas bawah pada lansia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lansia yang mengalami gangguan fungsional otot dan sendi berjumlah 29 orang, responden yang Mengalami gangguan berjumlah 10 orang Setelah dilakukan pengecekan kartu riwayat Ada 3 orang ansia yang menderita hipertensi sehingga jumlah responden dalam penelitian ini berjumlah 7 orang. Namun saat dilakukan penelitian terdapat 1 orang lansia tidak mampu mengikuti latihan ROM aktif. Sehingga jumlah responden dalam penelitian 6 orang. 2. Penelitian dilakukan sebanyak 6 kali latihan selama 3 minggu dengan frekuensi untuk 1 kali latihan adalah 2 kali dalam sehari yaitu selama 10 menit. 3. Desain penelitian ini kuantitatif dengan desain pra experiment dengan metode one group pretest-posttest design. 4. Analisa data menggunakan uji univariat dan bivariat. Hasil uji normalitas pada penelitian ini menunjukkan bahwa data terdistribusi normal sehingga digunakan uji Paired t-test untuk analisa bivariat dengan batas derajat kemaknaan $p < 0.05$. 5. Hasil didapatkan bahwa Range Of Motion (ROM) jika dilakukan sedini

				<p>mungkin dan dilakukan dengan benar dan secara terus-menerus akan memberikan dampak pada kekuatan otot. Latihan ROM rata-rata dapat meningkatkan kekuatan otot serta pengaruh dari kekuatan otot.</p>
2.	<p>Terapi Range Of Motion (ROM) dan Terapi Ambulasi untuk Pasien dengan Hambatan Mobilitas Fisik (Studi Kasus pada Pasien dengan Stroke di Desa Bobotsari Purbalingga)</p> <p>Tahun 2021</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zayidha Sayekt Asih 2. Amin Susanto 3. Prasanti Adriani 	<p>Tujuan penelitian ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metode penelitian yang digunakan desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan yang dipilih yaitu asuhan keperawatan. Subjek penelitian ini yaitu pasien dengan gangguan hambatan mobilitas fisik dengan stroke. Lokasi penelitian bertempat di Desa Bobotsari dan dilaksanakan pada bulan Maret 2021. 2. Tahap pendekatan keperawatan yang dilakukan peneliti yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a) Pengkajian b) Diagnosis c) Intervensi d) Implementasi e) Evaluasi 3. Pengkajian pada pasien didapatkan data subjektif : Tn. A mengatakan anggota gerak kaki dan tangan kanan lemas tetapi masih bisa digerakan namun terbatas sehingga sulit untuk beraktivitas. Data objektif yang diperoleh Tn. A adanya penurunan keterampilan motorik halus dan motorik kasar yang ditunjukan dengan adanya kesulitan saat melakukan kegiatan sehari-hari, adanya gangguan sikap berjalan yang ditunjukan dengan adanya kelemahan pada area ekstermitas kanan dengan kekuatan otot bagian kanan 3

				<p>4. Intervensi dilakukan selama 3 hari yaitu dengan menginstruksikan pasien dan keluarga cara melakukan latihan ROM pasif dengan bantuan atau ROM aktif</p> <p>5. Hasil evaluasi keperawatan pada Tn. A dengan gangguan hambatan mobilitas fisik selama tiga hari dari tanggal 23-25 Maret 2021 dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik pada Tn. A dengan Stroke dapat teratasi sebagian.</p>
3.	<p>Efek Latihan Streching terhadap Nyeri Sendi, Kekuatan Otot, Rentang Gerak Sendi Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Antang Tahun 2022</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sri Wahyun 2. Alfyan Rahim, Indargairi 3. Juhelnita Bubun4 	<p>Bertujuan untuk mengurangi nyeri pada persendian, meningkatkan rentang gerak sendi sehingga memudahkan mobilisasi lansia, meningkatkan kekuatan otot lansia, mencegah kontraktur pada sendi yang sering dialami lansia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kegiatan dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Antang yang diikuti oleh 15 orang lansia. Lansia dibagi menjadi 3 kelompok, masing-masing kelompok 5 orang lansia untuk memudahkan dalam memantau lansia. 2. Kegiatan ini dimulai dengan pengukuran tanda-tanda vital pada lansia, berupa pengukuran tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu. 3. Dilakukan pre-test untuk menilai tingkat nyeri pada persendian, menilai kekuatan otot lansia, dan menilai rentang gerak lansia. 4. Pre-test penilaian tingkat nyeri, kekuatan otot, dan rentang gerak dilakukan oleh 4 dosen dibantu oleh 2 mahasiswa dan juga 3 petugas balai yang ikut terlibat dalam 5. Kegiatan selanjutnya dengan mengajak lansia melakukan stretching selama 15 menit. 6. Hasilnya bahwa stretching mampu meningkatkan rentang gerak sendi, menurunkan derajat nyeri, meningkatkan kekuatan otot,

				sehingga dapat disimpulkan bahwa stretching yang dilakukan sebanyak 3-4 kali dalam seminggu dan teratur akan memberikan pengaruh yang positif terhadap kehidupan lansia agar terhindar dari gangguan mobilisasi fisik
4.	Education and Mobilization (ROM) among Elderly Stroke Patients with Audio Visuals at Panti Jompo Welas Asih Tasikmalaya Tahun 2021	Jajuk Kusumawaty & Adi Nurapandi	Untuk memberikan edukasi dan langkah mobilisasi ROM (Range of Motion) bagi lansia penderita stroke dengan menggunakan media berbasis audio visual di Panti Jompo Welas Asih Tasikmalaya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peserta pada kegiatan ini berjumlah 23 orang lanjut usia yang menderita stroke 2. Metode yang digunakan ialah Pemberian video edukasi tentang mobilisasi ROM. 3. Dilanjutkan dengan praktek terbimbing yang berfokus pada langkah ROM. 4. Metode yang digunakan adalah ceramah umum dengan pendekatan promosi kesehatan berupa penyuluhan kesehatan mengenai efektifitas mobilisasi Range of Motion (ROM) pada pemulihan pasien stroke yang bersifat komprehensif. 5. Dengan hasil : Lansia tepat waktu pada acara penyuluhan. Selain itu, lansia juga berperan aktif ketika menyampaikan materi tentang video edukasi tentang mobilisasi ROM. Para lansia sangat antusias saat melakukan latihan mobilisasi ROM. Kegiatan sosialisasi tentang mobilisasi ROM ini membantu lansia dalam mengatasi ketidaktahuan mereka tentang percepatan pemulihan stroke. Seluruh ROM merespon dan memahami materi yang disampaikan.
5.	Penerapan Latihan Rom Aktif Terhadap	Rista Febriyani &	Untuk meningkatkan kekuatan otot	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengambilan responden berdasarkan tingkat kekuatan

	<p>Kekuatan Otot Ekstremitas Bawah Pada Lansia Pasca Stroke</p> <p>Tahun 2021</p>	<p>Dwi Fijianto</p>	<p>ekstremitas bawah dengan menggunakan latihan ROM.</p>	<p>otot pada pasien lansia pasca stroke.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan memberikan asuhan keperawatan pada dua lansia pasca stroke dengan menggunakan latihan Rom Aktif. 3. Pada klien I dan klien II yaitu Hambatan mobilitas fisik dengan menurunnya kekuatan otot dan didapatkan hasil data obyektif dan subyektif klien I dan klien II mengatakan kaki kaku dan sering kesemutan. 4. Rencana tindakan keperawatan yang disusun adalah: melakukan Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian ROM aktif, mengukur kekuatan otot, ajarkan latihan ROM aktif, anjurkan pasien tetap rileks. 5. Implementasi : TTV sebelum dan sesudah melakukan tindakan, mengkaji kekuatan otot setelah melakukan tindakan, mengajarkan ROM aktif setiap pertemuan dalam 10 menit. 6. Evaluasi ke dua klien yang mengalami hambatan mobilitas fisik teratasi ditunjukkan dengan adanya peningkatan kekuatan otot pada kedua klien, klien I kekuatan otot presentase 75 derajat 4 dari presentase 25 derajat 2 dan klien II kekuatan otot presentase 50 derajat 3 dari presentase 25 derajat 2.
--	---	---------------------	--	---

2.6 Model Konsep Keperawatan

Dorothea Orem adalah salah seorang teoritis keperawatan terkemuka di Amerika. Berbagai model konseptual keperawatan yang telah dikembangkan oleh para ahli, salah satunya adalah Self Care Defisit oleh Dorothea Orem. Fokus utama dari model konseptual ini adalah kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri secara mandiri sehingga tercapai kemampuan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya. Teori ini juga merupakan suatu landasan bagi perawat dalam memandirikan klien sesuai tingkat ketergantungannya bukan menempatkan klien dalam posisi dependent, karena menurut Orem, self care itu bukan proses intuisi tetapi merupakan suatu perilaku yang dapat dipelajari (Muhlisin & Irdawati, 2010).

Dalam konsep ini salah satu masalah penyakit yang terjadi yaitu adalah stroke. Seseorang yang terdiagnosis stroke akan mengalami kecemasan, gangguan mobilitas, ketidak mampuan (disability), kelemahan fisik sehingga berakibat pada ketidak mandirian (selfcare defisit) ketergantungan pada keluarga dan orang sekitarnya meningkat (Saraswati, 2015). Permasalahan ini jelas akan mengakibatkan seorang individu mengalami defisit self care. Upaya mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan pasien Stroke terkaitan erat dengan teori self care defisit yang dijelaskan oleh Dorothea Orem. Untuk memahami tentang self care dan aplikasi sangat penting dilakukan oleh perawat untuk memahami konsep selfcare yang akan diberikan meliputi: self care agency,

basic conditioning factor dan kebutuhan self care terapeutik (Park, Chang, Kim, & An, 2015).

Berdasarkan data pasien Tn. J mengalami penurunan kekuatan otot pada tangan dan kaki kanan dengan skor 4 (ringan) akibat penyakit stroke yang pernah dialami sehingga membuat pasien mengalami gangguan mobilitas fisik. Pasien mengatakan aktivitas sehari-hari di panti dilakukan secara mandiri dari mulai dari makan dan minum, penampilan pasien terlihat rapi, tampak segar, rambut terlihat rapi, pakain tampak bersih dan mengganti pakaian setiap hari, menggosok gigi dan kuku terlihat bersih. Akan tetapi pasien masih memerlukan pengawasan dari perawat dalam melakukan aktivitas sehari-harinya, dikarenakan pasien masih mengalami ketidakseimbangan dalam berjalan sehingga bisa terjadi resiko jatuh.

2.7 Konsep Asuhan Keperawatan

Di dalam memberikan asuhan keperawatan digunakan sistem atau metode proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya dibagi menjadi lima tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (N. L. Dewi, 2020).

2.7.1 Pengkajian

1. Identitas

Meliputi : Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, alamat sebelum tinggal di panti, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan sebelumnya, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, kamar dan penanggung jawab.

2. Riwayat Masuk Panti

Menjelaskan mengapa memilih tinggal di panti dan bagaimana proses nya sehingga dapat bertempat tinggal di panti.

3. Riwayat Keluarga

Menggambarkan silsilah (kakek, nenek, orang tua, saudara kandung, pasangan, dan anak-anak)

4. Riwayat Pekerjaan

Menjelaskan status pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, dan sumber sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan yang tinggi.

5. Riwayat Lingkup Hidup

Meliputi : tipe tempat tinggal, jumlah kamar, jumlah orang yang tinggal di rumah, derajat privasi, alamat, dan nomor telpon.

6. Riwayat Rekreasi

Meliputi : hoby/minat, keanggotaan organisasi, dan liburan

7. Sumber/ Sistem Pendukung

Sumber pendukung adalah anggota atau staf pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat atau klinik

8. Deskripsi Harian

Khusus Kebiasaan Ritual Tidur Menjelaskan kegiatan yang dilakukan sebelum tidur. Pada pasien lansia dengan hipertensi mengalami susah tidur sehingga dilakukan ritual ataupun aktivitas sebelum tidur.

9. Status Kesehatan Saat Ini

Meliputi : status kesehatan umum selama setahun yang lalu, status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu, keluhan-keluhan kesehatan utama, serta pengetahuan tentang penatalaksanaan masalah kesehatan.

10. Obat-Obatan

Menjelaskan obat yang telah dikonsumsi, bagaimana mengonsumsinya, atas nama dokter siapa yang menginstruksikan dan tanggal resep

11. Status Imunisasi

Mengkaji status imunisasi klien pada waktu dahulu

12. Nutrisi

Menilai apakah ada perubahan nutrisi dalam makan dan minum, pola konsumsi makanan dan riwayat peningkatan berat badan. Biasanya pasien dengan hipertensi perlu memenuhi kandungan nutrisi seperti karbohidrat, protein, mineral, air, lemak, dan serat. Tetapi diet rendah garam juga berfungsi untuk mengontrol tekanan darah pada klien.

13. Pemeriksaan fisik menurut Suratun dkk (2008) antara lain :

a. Keadaan umum :

1) Kesadaran penderita : apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan klien.

2) Tanda-tanda vital :

Kaji dan pantau potensial masalah yang berkaitan dengan pembedahan : tanda vital, derajat kesadaran, cairan yang keluar dari luka, suara nafas, pernafasan infeksi kondisi yang kronis atau batuk dan merokok.

3) Pantau keseimbangan cairan

Observasi resiko syok hipovolemia akibat kehilangan darah pada pembedahan mayor (frekuensi nadi meningkat, tekanan darah turun, konfusi, dan gelisah)

- 4) Observasi tanda infeksi (infeksi luka terjadi 5-9 hari, flebitis biasanya timbul selama minggu kedua) dan tanda vital
- 5) Kaji komplikasi tromboembolik : kaji tungkai untuk tandai nyeri tekan, panas, kemerahan, dan edema pada betis
- 6) Kaji komplikasi emboli lemak : perubahan pola panas, tingkah laku, dan tingkat kesadaran
- 7) Kaji kemungkinan komplikasi paru dan jantung : observasi perubahan frekuensi frekuensi nadi, pernafasan, warna kulit, suhu tubuh, riwayat penyakit paru, dan jantung sebelumnya
- 8) Kaji pernafasan : infeksi, kondisi yang kronis atau batuk dan merokok.

b. Secara sistemik menurut (Padila, 2013) antara lain:

1) Sistem integumen

Terdapat eritema, suhu disekitar daerah trauma meningkat, bengkak, edema, nyeri tekan.

2) Kepala

Tidak ada gangguan yaitu normo cephalik simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

3) Leher

Tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada

4) Muka

Wajah terlihat menahan sakit, tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk. Tidak ada lesi, simetris, tak edema

5) Mata

Tidak ada gangguan seperti konjungtiva tidak anemis

6) Scan tulang, tomogram, atau scan CT/MRIB untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

7) Anterogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.

8) Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi mungkin meningkat atau menurun pada perdarahan selain itu peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai respon terhadap peradangan.

c. Menurut Doenges (2010), dasar data pengkajian pasien adalah:

1) Aktifitas/istirahat

Gejala : Kelemahan, kelelahan, masalah mobilitas/ pergerakan, kelemahan umum. Tanda : Pembatasan atau hilangnya fungsi bagian yang terkena mungkin segera, penyebab fraktur atau mengembangkan sekunder dari perkembangan jaringan, nyeri kelemahan ekstermitas yang terkena, kisaran defisit gerak.

2) Sirkulasi

Tanda : Hipertensi (kadang-kadang terlihat sebagai respon terhadap nyeri/ansietas) atau hipotensi (kehilangan darah). Takikardi (respon stress, hipovolemia), penurunan/ tak ada nadi pada bagian distal yang cedera : pengisian kapiler lambat pucat pada bagian yang terkena. Pembengkakan jaringan atau massa hematoma pada sisi cedera.

3) Neurosensori

Gejala : Hilang gerakan/ sensasi, spasme otot, kebas/ kesemutan (parastesis). Tanda : Deformatis lokal : angulasi abnormal, pemendekan, rotasi, krepitasi (bunyi berderit), spasme otot, terlihat kelemahan/ hilang fungsi, Agitasi (mungkin berhubungan dengan rasa nyeri/ ansietas atau trauma lain), dislokasi.

4) Eliminasi

Tanda : Hematuria, sedimen dalam urin, perubahan dalam output (gagal ginjal akut dengan kerusakan otot rangka utama).

5) Nyeri

Gejala : Nyeri berat tiba-tiba pada saat cedera (mungkin terlokalisasi) pada area jaringan/ kerusakan tulang dapat berkurang pada imobilisasi).

Tanda : Kegelisahan, fokus diri, gangguan perilaku.

6) Keamanan

Gejala : Laserasi kulit, avulsi jaringan, perdarahan, perubahan warna kulit, pembengkakan lokal (dapat meningkat secara bertahap, atau tiba-tiba), adanya faktor resiko untuk jatuh (usia, osteoporosis, demensia, arthritis, kondisi lainnya). Tanda : Keadaan insiden mungkin tidak mendukung jenis cedera yang terjadi (mungkin sugestif penyalahgunaan), penggunaan alkohol atau obatobatan lain.

7) Penyuluhan/ pembelajaran

Tanda : Penggunaan beberapa obat (resep dengan efek interaktif)

8) Pertimbangan rencana pemulangan

Gejala : Mungkin memerlukan bantuan sementara dengan transportasi, aktivitas perawatan diri dan ibu rumah tangga atau pemeliharaan tugas, mungkin memerlukan terapi tambahan atau krim rehabilitasi, mungkin penempatan dibantu hiduhidup atau fasilitas perawatan diperpanjang untuk jangka waktu.

2.7.2 Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Afterload
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler serebral
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskular yang ditandai dengan perubahan gaya gerak, gerak lambat, gerak yang menyebabkan tremor, dan usaha yang kuat untuk gerakan perubahan

2.7.3 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Afterload	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Curah Jantung <ol style="list-style-type: none"> a. Kekuatan nadi perifer meningkat b. Dispnea menurun c. CRT membaik (>2 detik) 2. Perfusi Miokard <ol style="list-style-type: none"> a. Gambaran EKG aritmia menurun b. Nyeri dada menurun c. Arteri apikal membaik d. Tekanan arteri rata-rata membaik (MAP : 70-100 mmHg) 3. Status Sirkulasi <ol style="list-style-type: none"> a. Kekuatan nadi meningkat b. Output urine 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan Jantung <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi tanda dan gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung b. Monitor tekanan darah c. Monitor saturasi oksigen d. Monitor EKG 12 sadapan e. Posisikan pasien fowler atau semi fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman f. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 2. Pemantauan Tanda Vital <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tekanan darah b. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) c. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) d. Monitor suhu tubuh e. Monitor oksimetri nadi f. Monitor tekanan nadi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tanda/gejala primer penurunan curah jantung pada pasien 2. Mengetahui tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung pada pasien 3. Mengetahui tekanan darah pasien 4. Mengetahui saturasi oksigen pada pasien 5. Mengetahui EKG 12 sadapan pada pasien 6. Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigenasi pasien 7. Memenuhi suplay oksigen pasien

		meningkat c. Saturasi oksigen meningkat (>95%)	g. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien	
2	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Tingkat Nyeri a. Keluhan nyeri menurun b. Frekuensi nadi membaik (80-100 kali/menit) c. Tekanan darah membaik (120/80 – 130/80 mmHg) 2. Kontrol Nyeri a. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat b. Kemampuan mengenali onset nyeri c. Kemampuan mengenali penyebab nyeri d. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis 3. Status Kenyamanan	1. Manajemen Nyeri a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri b. Identifikasi respon nyeri non verbal c. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri d. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri e. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu 2. Manajemen Medikasi a. Identifikasi penggunaan obat sesuai resep b. Monitor keefektifan dan efek samping pemberian obat c. Anjurkan menghubungi petugas kesehatan jika terjadi efek samping obat 3. Perawatan Kenyamanan a. Berikan posisi yang nyaman	1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien 2. Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien 3. Mengurangi tingkat nyeri pasien/ mengalihkan pasien dari rasa nyerinya 4. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana tanpa menggunakan obat-obatan 5. Mengurangi/ menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien, pemberian analgetik sesuai kebutuhan pasien. 6. Mengurangi resiko factor yang dapat memperberat nyeri/menimbulkan nyeri

		<ul style="list-style-type: none"> a. Kesejahteraan fisik meningkat b. Rileks meningkat c. Perawatan sesuai kebutuhan meningkat d. Keluhan tidak nyaman menurun 	<ul style="list-style-type: none"> b. Ciptakan lingkungan yang nyaman c. Ajarkan terapi relaksasi d. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi pengobatan 	
3	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, ketidaknyamanan, kerusakan muskuloskeletal, pembatasan aktivitas, dan penurunan kekuatan ketahanan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekeuatan otot meningkat 3. Rentan gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. 4. Fasilitasi melakukan pergerakan. 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui keluhan lain pasien dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan 2. Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya 3. Memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi resiko jatuh/ sakit saat berpindah 4. Meningkatkan status mobilitas fisik pasien 5. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan 6. Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak

				terjadi kekakuan otot maupun sendi.
--	--	--	--	---

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik pada Tn. J dengan diagnose medis Hipertensi dan masalah Gangguan Mobilitas Fisik maka dengan ini penulis menyajikan suatu uraian kasus yang di amati mulai tanggal 13 Januari 2022 sampai 15 Januari 2022 di UPTD Griya Wreda Kota Surabaya dan melakukan pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 pada pukul 15.00 WIB yang di mana data di peroleh dari pasien.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Tn. J bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa usia 69 tahun beragama islam. Pendidikan terakhir Tn. J adalah SMA, pasien berada di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya pada tanggal 08 Juli 2019. Pasien sudah menikah tetapi istrinya sudah meninggal. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu anak. Pekerjaan pasien dahulu sebagai pedagang, saat ini pasien sudah tidak bekerja lagi, sehingga pasien tidak mempunyai pendapatan yang tetap.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : pasien mengatakan adanya penurunan kelemahan otot pada bagian tangan sebelah kanan dan mengalami ketidakseimbangan dalam berjalan pada kaki kanan.
2. Keluhan 3 Bulan Terakhir : pasien mengatakan tidak ada keluhan
3. Riwayat Penyakit : pasien memiliki riwayat post stroke

4. Riwayat Obat Yang Dikonsumsi : Amlodipin 5 mg 1-0-0 per oral dan Vitamin B complex 1x1tablet per oral
5. Riwayat Alergi : pasien tidak memiliki riwayat alergi

3.1.3 Status Fisiologi

1. Kondisi Umum : Pasien tampak aktif bergerak
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda-tanda vital dan status gizi
 - a. Suhu : 36,5°C
 - b. Tekanan Darah : 170/100 mmHg
 - c. Nadi : 94 x/menit
 - d. Respirasi : 20 x/menit
 - e. Berat Badan : 67 kg
 - f. Tinggi badan : 167 cm

3.1.4 Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

1. Kepala

Kepala Tn. J bentuk simetris, bersih tidak ,terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek dan rontok sedikit. Tidak ada keluhan.

2. Mata

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

3. Hidung

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

4. Mulut dan Tenggorokan

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

5. Telinga

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

6. Leher

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

7. Dada

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

8. Abdomen

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

9. Genetalia

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

10. Ekstermitas

Pada Tn. J ditemukan fraktur radius pada tangan kanan dan menggunakan elastis bandage lengan bagian bawah. Tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh normal, rentang gerak bebas, Reflek Bisep +/+, reflek trisep +/+, Kekuatan Otot.

5555	4444
5555	4444

11. Integumen

Pada Tn. J tidak ditemukan warna kulit yang abnormal, kulit lembab, hangat, tekstur halus, turgor kulit elastis.

12. Sistem Neurologis

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

NI : Tn. J dapat mencium bau minyak kayu putih.

NII : Lapang pandang +/+

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

NV : Reflek kornea langsung

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

NIX, NX : gerakan ovula simetris, reflek menelan +

NXI : sternokleidomastoid terlihat

NXII : Lidah simetris.

3.1.5 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

Tn. J pasien dengan resiko jatuh ringan.

3.1.6 Pengkajian Psikososial

Hubungan dengan Tn. J dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Hubungan dengan Tn. J orang lain di panti hanya sebatas kenal karena Tn. J jarang pergi jauh dari kamarnya. Kebiasaan Tn. J selalu berinteraksi dengan orang disekitarnya. Stabilitas emosi Tn. J Stabil . Motivasi anggota keluarga Kemampuan sendiri.

3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Pada Tn. J ditemukan adanya penurunan kekuatan otot pada tangan kanan dan kaki kanan. Tn. J makan 3x/hari dengan porsi habis. Tn. J minum \pm 1800 cc/hari. Tn. J mengatakan tidak ada gangguan saat tidur Tn. J tidur sekitar pukul 21.00 WIB dan selalu terbangun pada pukul 05.00 WIB dan mandi pukul 05.30 WIB. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur atau didepan kamar dan bersosialisasi dengan pasien yang lain. Frekuensi BAB Tn. J yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. frekuensi BAK sekitar 4-5 kali sehari dan tidak ada gangguan saat BAK. Tn. J mandi 2 x/ hari secara mandiri . Memakai lotion, minyak kayu putih, bedak setelah mandi dan Ganti baju 1x/hari.

3.1.8 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

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

2. Fasilitas

Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 m², ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, dan sarana ibadah (mushola).

3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa cctv dan juga petugas keamanan yang berjaga di depan gerbang pintu masuk selama 24 jam. Memiliki APAR di beberapa sudut ruangan untuk penanggulangan bencana dan kebakaran. Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan yang rata.

4. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung

3.1.9 Status Nutrisi

Pengkajian determinan nutrisi pada lansia:

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

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

Gerontological Nursing, 2001)

Interpretasi:

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional

risk \geq 6 : High nutritional risk

3.1.10 Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari- hari (*Indeks Barthel*)

12	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	5
2	Mandi	0	5	5
3	Makan	5	10	10
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	10
5	Naik/Turun Tangga	5	10	10
6	Berpakaian	5	10	10
7	Kontrol BAB	5	10	10
8	Kontrol BAK	5	10	10
9	Ambulasi	10	15	15
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	15
Total				100

Interpretasi

0-20 : Ketergantungan Penuh

21-61 : Ketergantungan Berat

62-90 : Ketergantungan Sedang

91-99 : Ketergantungan Ringan

100 : Mandiri (√)

3.1.11 MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar : Tahun : <u>2021</u> Hari : <u>Selasa</u> Musim : <u>Panas</u> Bulan : <u>Oktober</u> Tanggal : <u>26</u>
2	Orientasi	5	4	Dimana sekarang kita berada ? Negara: <u>Indonesia</u> Panti : <u>Panti Wreda</u> Propinsi: <u>Jawa Timur</u> Wisma : <u>Tidak Tahu</u> Kabupaten/kota : <u>Surabaya</u>
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas),kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi (✓) 2). Meja (✓) 3). Kertas (✓)
4	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudiankurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 (✓) 2). 86 (✓) 3). 79 (✓) 4). 72 (✓) 5). 65 (✓)
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	8	Menanyakan pada klien tentang benda (sambilmenunjukkan benda tersebut). 1). <u>Botol minum</u> 2). <u>Bantal</u>

				<p>3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : tidak ada, dan, jika, atau tetapi</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri3 langkah.</p> <p>4). Ambil kertas ditangan anda(√) 5). Lipat dua (√) 6). Taruh dilantai (√) Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitassesuai perintah nilai satu poin. 7). “Tutup mata anda” (√) 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat (√) 9). danMenyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p>
Total nilai		30	27	

Interpretasi hasil :

24-30 : Tidak ada gangguan kognitif

18-23 : Gangguan kognitif sedang

0-17 : Gangguan kognitif berat

Kesimpulan : Tidak ada gangguan kognitif

3.1.12 SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

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

Intrepretasi :

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan

Salah = 0

fungsi intelektual utuh Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh (√)

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual

kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual

kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual

kerusakan berat

3.1.13 GDS (*Geriatric Depression Scale*)

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

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

Interpretasi :

Skor ≥ 5 : Depresi Skor

Skor < 5 : Tidak Depresi

Dari hasil pengkajian depresi pada lansia menggunakan GDS didapatkan hasil bahwa total skor Tn. J adalah 2 yang berarti Tn. J termasuk dalam kategori tidak depresi.

3.1.14 APGAR Keluarga Dengan Lansia

NO	URAIAN	FUNGSI	SCORE
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman)saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	2
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	2
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	2
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	2
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	2
Kategori Skor: Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skor 2 2). Kadang-kadang : 1 3). Hampir tidak pernah : skor 0 Intepretasi: < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik		TOTAL	10


Smilkstein, 1978 dalam Gerontologic Nursing and health aging 2005

Dari hasil pengkajian fungsi sosial pada lansia menggunakan APGAR Keluarga didapatkan hasil bahwa total skor Tn. J adalah 10 yang berarti Tn. J termasuk dalam kategori disfungsi baik.

3.2 Analisa Data

No.	Data	Penyebab	Masalah
1	DS : Tn. J mengatakan tangan bagian kanan mengalami kelemahan otot dan sedikit sulit untuk digerakkan DO : Suhu: 36,5°C TD: 170/100 mmHg Nadi: 94 ×/menit Repirasi: 20 ×/menit Kekuatan otot menurun	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, D.0054, Hal: 124)
2	Faktor Risiko – Usia \geq 65 tahun Usia Tn. J 69 tahun – Kekuatan Otot Menurun : 5555 4444 ────┬─── 5555 4444 – Gangguan keseimbangan Ketidakseimbangan dalam berjalan	-	Risiko Jatuh (SDKI, D.0143, Hal: 306)
3	DS: Pasien mengeluh tidak nyaman saat kepalanya terasa berat DO : – Tn. J terlihat gelisah – Tampak merintih – Tampak gelisah – TD : 170/100 mmHg	Gejala penyakit	Gangguan Rasa Nyaman (SDKI, D.0074, Hal: 166)

3.3 Prioritas Masalah

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		TTD
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot	13-01-2022	Masalah Teratasi Sebagian	
2.	Risiko Jatuh dibuktikan dengan faktor resiko penurunan kekutan otot	13-01- 2022	Masalah Teratasi Sebagian	
3	Gangguan Rasa Nyaman b.d Gejala Penyakit	13-01- 2022	14-05-2022	

3.4 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil (<i>outcome</i>)	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan mobilitas fisik (SDKI, D.0054, Hal: 124)	1. Mobilitas Fisik Tujuan: Setelah dilakukan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan Kriteria Hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kaku sendi menurun (SLKI, L.05042, Hal 65) 2. Koordinasi pergerakan Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan koordinasi pergerakan meningkat dengan Kriteria Hasil : 1. Kekuatan otot meningkat 2. Keseimbangan gerakan meningkat 3. Gerakan dengan kecepatan yang diinginkan	Dukungan Mobilisasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (SIKI, I.05173, Hal. 30)	1. Membantu menentukan derajat kerusakan dan kesulitan terhadap keadaan yang dialami. 2. Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. 3. Mengidentifikasi kan adanya perubahan tekanan darah dan frekuensi jantung sebelum dan sesudah dilakukan ambulasi. 4. Mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan tekanan darah. 5. Memberikan pemahaman mengenai manfaat tindakan yang diutamakan.

		meningkat 4. Gerakan dengan ketepatan yang diinginkan meningkat		
2.	Resiko Jatuh Dibuktikan dengan Faktor Resiko Kekuatan Otot Menurun (SDKI, D.0143, Hal: 306)	Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan ambulasi meningkat dengan Kriteria Hasil : 1. Berjalan dengan langkah yang efektif meningkat 2. Berjalan dengan langkah yang pelan menurun 3. Berjalan dengan langkah yang cepat meningkat 4. Kaku pada persendian menurun	Pencegahan jatuh 1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan (SIKI, I.14540, Hal. 279)	1. Mengenal keadaan lingkungan sekitar yang berkontribusi terhadap risiko jatuh. 2. Membantu pasien untuk berjalan dengan langkah yang menetap/ mempertahankan keseimbangan diri dengan mencegah terjadinya kaki terkilir. 3. latihan berjalan dapat meningkatkan keamanan dan keefektifan untuk berjalan
3.	Gangguan Rasa Nyaman b.d Gejala Penyakit (SDKI, D. 0074, hal : 166)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perasaan nyaman pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1. Rileks meningkat 2. Keluhan tidak nyaman menurun 3. Gelisah menurun (L.08064)	Terapi Relaksasi (I.09326) 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik 3. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan	1. Untuk menggali kemampuan pasien dalam mengatasi rasa tidak nyaman 2. Untuk mengetahui sejauh mana efek terapi relaksasi 3. Agar pasien dapat membacanya kembali dan sebagai panduan untuk latihan teknik relaksasi 4. Untuk membantu mempercepat pemulihan

			<p>prosedur teknik relaksasi</p> <p>4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>6. Demonstrasikan dan latihan teknik relaksasi (napas dalam, relaksasi otot progresif)</p>	<p>5. Untuk menambah pengetahuan pasien</p> <p>6. Memandirikan pasien dalam mengatasi rasa tidak nyaman</p>
--	--	--	---	---

3.5 Implementasi Keperawatan

No.	Tgl & Jam	No. Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf						
1.	13-01-22 14.30	1,2,3	– Melakukan timbang terima dengan dinas malam R/ pasien kooperatif	Pukul 20.00 WIB Dx 1: S: Pasien mengatakan tangan kanan masih lemah, tetapi masih bisa digerakkan O: Tampak tangan kanan masih kaku, tetapi saat digerakkan masih bisa Kekuatan Otot <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5555</td> <td style="padding: 2px 10px;">4444</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; height: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5555</td> <td style="padding: 2px 10px;">4444</td> </tr> </table> A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 2,3, dan 4 Dx 2 S: Pasien mengatakan saat beraktivitas tidak menggunakan alas kaki, dan saat berjalan pernah tergelincir karena lantai yang licin O: Tampak kaki tidak memakai alas kaki, dan saat berjalan masih belum seimbang antara kaki kanan dan kiri A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 1,2, dan 3 Dx 3 S: Pasien mengatakan kepala sedikit membaik O: Pasien tampak memegang kepala dan merintih TD : 150/80 mmHg A: Masalah teratasi sebagian	5555	4444			5555	4444	ED
	5555	4444									
	5555	4444									
	15.00	1,2,3	– Membina hubungan saling percaya dengan Tn. J – Mengkaji keluhan pasien Respon: Tn. J mengeluh tangan kanan mengalami kesulitan dalam bergerak		ED						
	15.15	1,2,3	– Mengobservasi tanda tanda vital R/ TD : 170/100 mmHg, N 89 x/menit, Suhu 36,8C, RR 20x/menit, SpO2 99%		ED						
	15.30	1,2,3	– Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya		ED						
	15.45	1	– Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi		ED						
15.50	1	– Menyiapkan makanan pasien R/ pasien makan nasi, lauk, dan sayur	ED								
17.00	1,2,3	– Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	ED								
17.30	1	– Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	ED								

	18.00	1	– Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	P: Lanjutkan intervensi no. 2,4, dan 6	
	18.30	2	– Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan		
	18.40	2	– Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (napas dalam, relaksasi otot progresif)		
	18.50	3	– Melatih pasien untuk melakukan teknik nafas dalam		
	19.10	3			
2.	14-01-2022 1,2,3	06.00	– Melakukan timbang terima dengan dinas malam R/ pasien kooperatif Mengobservasi tanda tanda vital R/ TD : 160/100 mmHg, N 89x/menit, Suhu 36,8°C, RR 20x/menit, SpO2 99%	Pukul 12.00 WIB Dx 1: S: Pasien mengatakan tangan kanan masih lemah, tetapi masih bisa digerakkan O: Tampak tangan kanan masih kaku, tetapi saat digerakkan masih bisa Kekuatan Otot 5555 4444 <hr/> 5555 4444	ED
	1,2,3	07.00	– Menyiapkan makanan pasien R/ pasien makan nasi, lauk, dan sayur	A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 2,3, dan 4	ED
	1,2,3	07.30	– Memantau pasien saat makan R/ Pasien makan habis 1 porsi	Dx 2 S: Pasien mengatakan saat beraktivitas sudah menggunakan alas kaki, tetapi saat berjalan sesekali masih belum seimbang dan sesekali membutuhkan	
	1,2,3	08.00	– Memberikan obat amlodipine 5 mg per oral dan vitamin b complex 1 tablet per oral R/ pasien		

			<p>kooperatif, tidak reaksi alergi pada obat</p> <ul style="list-style-type: none"> – Memonitor nyeri yang dirasakan pasien – Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya – Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan – Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi – Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin – Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan – Mendemonstrasikan pasien untuk melakukan relaksasi napas dalam 	<p>pegangan seperti dinding/pagar</p> <p>O: Tampak pasien memakai alas kaki, dan saat berjalan masih belum</p> <p>Dx 3</p> <p>S: Pasien mengatakan kepala sudah membaik dan tidak kambuh lagi</p> <p>O: Pasien tampak sehat TD : 140/80 mmHg</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>	ED				
3.	15-01-2022			<p>Pukul 08.00 WIB</p> <p>Dx 1:</p> <p>S: Pasien mengatakan tangan kanan masih lemah, tetapi masih bisa digerakkan</p> <p>O: Tampak tangan kanan masih kaku, tetapi saat digerakkan masih bisa</p> <p>Kekuatan Otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">4444</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">4444</td> </tr> </table>	5555	4444	5555	4444	ED
5555	4444								
5555	4444								
	1,2	22.00	– Melakukan timbang terima dengan dinas sore R/ pasien kooperatif						
	1,2	22.15	– Menyiapkan obat untuk pagi hari R/ amlodipin 5 mg per oral dan vitamin b complex 1 tablet per oral						
	1,2	22.30	– Memonitor keadaan pasien R/ pasien sudah tertidur						

	1,2	22.40	<ul style="list-style-type: none"> - Mematikan lampu dan menutup tirai ruangan R/ tirai sudah tertutup dan beberapa lampu dimatikan 	<p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi no. 2,3, dan 4</p> <p>Dx 2</p> <p>S: Pasien mengatakan saat beraktivitas sudah menggunakan alas kaki, tetapi saat berjalan sesekali masih belum seimbang dan sesekali membutuhkan pegangan seperti dinding/pagar</p>	ED
	1,2	05.00	<ul style="list-style-type: none"> - Membangunkan pasien dan mengingatkan untuk shalat subuh R/ pasien bangun dan shalat di musholla 	<p>O: Tampak pasien memakai alas kaki, dan saat berjalan masih belum seimbang antara kaki kanan dan kiri</p>	
	1,2	06.00	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan observasi tanda - tanda vital R/ TD : 160/90 mmHg, N 89 x/menit, Suhu 36°C, RR 20 x/menit, SpO2 99 % 	<p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi no. 1 dan 3</p>	
	1,2	06.15	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien melakukan personal hygiene R/ -Pasien mampu memakai baju secara mandiri - Pasien mampu menyikat gigi secara mandiri - Kulit lembab, mukosa bibir lembab, pasien tampak rapi dan bersih, bau mulut berkurang, mulut bersih - ADL dan personal hygiene dilakukan mandiri 		
	1,2	06.30	<ul style="list-style-type: none"> - Menyiapkan makanan pasien R/ pasien makan nasi, lauk, dan sayur 		
	1,2	07.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau pasien untuk makan 		

	1,2	07.30	<p>R/ Pasien mampu makan secara mandiri dengan duduk, makan habis ½ porsi</p> <p>– Memberikan obat amlodipin 5 mg per oral dan vitamin B complex 1 tablet per oral</p> <p>R/ tidak ada tanda - tanda alergi obat</p>	
--	-----	-------	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

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

Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi di ruang Melati UPTD Griya Wreda Surabaya adalah sebagai berikut:

4.1 Pengkajian

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

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan, nama Tn. J berjenis kelamin laki-laki, berusia 69 tahun, dulu Tn. J bekerja sebagai pedagang tapi saat ini Tn. J tidak bekerja lagi, bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa dan beragama Islam. Pasien sudah menikah. Pendidikan terakhir Pasien SMA. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama \pm 4 tahun. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu anak. Hipertensi merupakan keadaan dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Brunner & Suddarth (2005) dalam (Wijaya, 2013) Hipertensi juga salah satu terlihat setelah terjadinya komplikasi. Dan Komplikasi yang pernah dialami oleh Tn. J yaitu post stroke pada tangan dan kaki kanannya.

Faktor usia disebutkan pasien berusia 69 tahun. Proses penuaan berdampak pada berbagai aspek kehidupan, baik secara sosial, ekonomi, dan terutama kesehatan. Hal ini disebabkan karena dengan semakin bertambahnya usia, fungsi organ tubuh akan semakin menurun baik karena faktor proses alami yang dapat menyebabkan perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia pada jaringan tubuh yang dapat mempengaruhi fungsi, kemampuan badan dan jiwa (P. & Perry, 2006).

Pekerjaan disebutkan Tn. J tidak berkerja lagi sebagai pedagang, dan tidak ada pekerjaan lagi sehingga Tn. J merasa cukup stress karena tidak mendapatkan penghasilan lagi. Stress yang lama dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah sementara (Hartono, 2007). Hal tersebut untuk mengurangi/mencegah terjadinya kembali resiko jatuh yang pernah dialami oleh Tn. J.

Data pengkajian yang ada dihubungkan dengan faktor-faktor resiko, pasien Tn. J mempunyai komplikasi dari penyakit hipertensi yaitu post stroke, kondisi ini

apabila tidak didukung dengan penerapan relaksasi napas dalam dan mobilisasi akan memicu terjadinya komplikasi tersebut kambuh kembali, atau bahkan dapat memicu komplikasi-komplikasi yang lain.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Didapatkan data bahwa Tn. J mengeluh tangan kanannya kaku saat digerakkan. Menurut (Padila, 2013) keluhan utamanya adalah adanya kesulitan dalam menggerakkan tangan kanannya dan mengalami penurunan keseimbangan berjalan antara kaki kanan dan kiri. Hal ini sesuai dengan pengkajian yang didapatkan pada Tn. J.

Kekuatan penurunan otot yang dialami Tn. J merupakan komplikasi yang dialami 1 tahun yang lalu yaitu stroke pada tangan dan kaki kanan. Stroke merupakan gangguan pembuluh darah yang terletak di otak yang jika aliran darah ke otak terganggu maka otak akan mengalami kerusakan. Terkadang stroke terjadi karena penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan darah tidak dapat mengalir melewati sumbatan tersebut. Pasien dengan hipertensi dan komplikasi post stroke mengalami penurunan kekuatan otot sehingga dianjurkan untuk melakukan teknik napas dalam dan mobilisasi dengan latihan ROM (*Range of Motion*).

2. Riwayat Sakit dan Kesehatan

Keluhan utama saat pengkajian pasien mengeluhkan tangan kanan mengalami kelemahan kekuatan otot dan kaki saat berjalan mengalami ketidakseimbangan. Disebutkan bahwa salah satu komplikasi dari penyakit hipertensi adalah stroke.

Komplikasi yang terjadi apabila tekanan darah tinggi tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ jantung, otak, ginjal dan mata, sehingga dapat mengakibatkan gagal jantung, resiko stroke, kerusakan pada ginjal dan kebutaan (Fajri, 2017).

Riwayat sakit dahulu, pasien pernah mengatakan menderita stroke 1 tahun yang lalu, sejak tahun 2018 pasien mengalami riwayat hipertensi. Selama di panti pasien mendapatkan terapi obat Amlodipin 5 mg 1-0-0 per oral dan Vitamin B complex 1x1tablet per oral.

Stroke merupakan salah satu komplikasi dari penyakit hipertensi. Stroke merupakan gangguan pembuluh darah yang terletak di otak yang jika aliran darah ke otak terganggu maka otak akan mengalami kerusakan. Terkadang stroke terjadi karena penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan darah tidak dapat mengalir melewati sumbatan tersebut (Rumah et al., 2018).

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Tn. J. Adapun pemeriksaan yang dilakukan dibawah ini :

1. Muskuloskeletal

Pada Tn. J ditemukan adanya post stroke yang dialami pada tangan dan kaki kanan sehingga mengalami penurunan otot. Kekuatan otot ekstermitas atas

5555/4444 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/4444. Tidak ada edema , tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, Reflek Bisep +/+, reflek trisep +/+.

Hal tersebut dapat terjadi karena Tn. J memiliki riwayat penyakit stroke. Stroke merupakan salah satu komplikasi dari penyakit hipertensi. Stroke merupakan gangguan pembuluh darah yang terletak di otak yang jika aliran darah ke otak terganggu maka otak akan mengalami kerusakan. Terkadang stroke terjadi karena penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan darah tidak dapat mengalir melewati sumbatan tersebut (Rumah et al., 2018).

Hal ini sesuai dengan data pemeriksaan fisik yang ditemukan pada Tn. J. Pada Tn. J terjadi penurunan kekuatan otot pada tangan dan kaki kanan, tetapi Tn. J masih bisa beraktivitas seperti biasanya hanya saja Tn. J mengalami sedikit ketidakseimbangan dalam berjalan.

2. Neurologis

Pada Tn. J ditemukan GCS : E4 V5 M6, Pemeriksaan palpasi ditemukan CRT < 2 detik, jari-jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah. Menurut Dongoes (2010) pada pemeriksaan neurosensori ditemukan data hilang gerakan/ sensasi, spasme otot, kebas/ kesemutan (parastesis). Deformatis lokal : angulasi abnormal, pemendekan, rotasi, krepitasi (bunyi berderit), spasme otot, terlihat kelemahan/ hilang fungsi, Agitasi (mungkin berhubungan dengan rasa nyeri/ ansietas atau trauma lain), dislokasi. Sebagian besar tanda dan gejala ditemukan pada hasil

pemeriksaan fisik Tn. J. Pada Tn. J ditemukan beberapa tanda dan gejala hilang gerakan/ sensasi, spasme otot, kelemahan otot karena post stroke.

4.2 Pengkajian Konsep Lansia

Pada pemeriksaan keseimbangan ditemukan bahwa Ny. S memiliki resiko jatuh ringan. Dengan score indeks barthel yang berarti mampu dalam semua aktivitas sehari hari. Hanya saja Tn. J masih memerlukan pemantauan saat melakukan aktivitas terutama saat berjalan, karena mengalami sedikit ketidakseimbangan dalam berjalan akibat penyakit stroke yang pernah dialaminya.

4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Boedihartono dalam Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) antara lain :

1. Nyeri
2. Intoleransi aktivitas
3. Gangguan integritas kulit
4. Gangguan mobilitas fisik
5. Resiko infeksi
6. Kurang pengetahuan

Diagnosa keperawatan Gerontik menurut (Drs. Sunaryo & Hj. Wijayanti, Rahayu, K.Kp., M.Kep., 2016) ditinjau dari aspek fisik atau biologis :

1. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
2. Gangguan pola tidur
3. Inkontinensia urin

4. Gangguan mobilitas fisik

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

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
2. Risiko Jatuh.
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

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

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Menurut SDKI (2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik satu atau dua ekstermitas secara mandiri. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Ditandai dengan data dan gejala minor meliputi : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. Pada Tn. J semua data tanda gejala mayor (subjektif dan objektif) gangguan mobilitas fisik ditemukan pada saat pengkajian, disertai tanda dan gejala minor meliputi nyeri saat bergerak dan gerakan terbatas. Sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot.

2. Risiko jatuh.

Menurut SDKI (2017), risiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Disertai dengan faktor risiko meliputi : usia ≥ 65 tahun atau ≤ 2 tahun, riwayat jatuh, anggota gerak bawah prosthesis, penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman, kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati dan efek agen farmakologi. Pada pengkajian Tn. J didapatkan faktor risiko meliputi : usia ≥ 65 tahun, riwayat jatuh, lingkungan licin, gangguan keseimbangan. Dengan diadaptkannya data tersebut penulis mengambil diagnosa keperawatan risiko jatuh.

3. Gangguan rasa nyaman

Menurut SDKI (2017), gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh tidak nyaman, dan gelisah. Ditandai dengan data dan gejala minor meliputi : mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah, menunjukkan gejala stress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas. Pada Tn. J data tanda gejala mayor (subjektif dan objektif) gangguan mobilitas fisik ditemukan pada saat pengkajian yaitu mengeluh tidak nyaman dan gelisah, disertai tanda dan gejala minor meliputi tidak mampu rileks dan tampak merintih. Sehingga penulis

mengambil diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

4.4 Tujuan dan Intervensi

Tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dituliskan berdasarkan SLKI (Standar luaran keperawatan indonesia dan SIKI (standar intervensi keperawatan indonesia). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan data dan indikasi pasien sehingga masalah keperawatan dapat diselesaikan secara komprehensi. Dalam tahap ini penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Penyusunan perencanaan pada Tn. J bertujuan untuk mobilitas fisik pada tangan kanan Tn. J membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. Dengan kriteria hasil pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, gerakan gerak ROM meningkat, meningkat dan skor indeks barthel meningkat.

Rencana keperawatan yang akan diberikan kepada Tn. J dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan penurunan kekuatan otot diantaranya memfasilitasi pemenuhan kebutuhan mandi , BAB/BAK, mengidentifikasi budaya dan kebiasaan saat mandi dan BAB/BAK, memonitor kebersihan tubuh dan integritas kulit saat mandi dan BAB/BAK, menjaga privasi selama kebersihan diri dan berpakaian, memfasilitasi menggunakan alat bantu eliminasi, mempertahankan kebiasaan kebersihan diri, memodifikasi lingkungan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia. Menurut (Rohaedi et al., 2016). Pada lansia

dengan ketergantungan sebagian, peran perawat dapat membantu memenuhi kebutuhan harian lansia namun hanya pada kegiatan yang membutuhkan bantuan dan pada kegiatan yang masih dapat dilaksanakan secara mandiri oleh lansia, peran perawat dapat memberikan dukungan untuk lansia mempertahankan kemandiriannya.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis hanya memberikan intervensi berupa memfasilitasi/mengawasi pasien tentang ambulasi/aktivitas yang dilakukan pasien, dikarenakan dalam kasus ini Tn. J hanya mengalami penurunan kekuatan otot ringan pada tangan kanan dan adanya ketidakseimbangan dalam berjalan sehingga perawat masih memantau aktivitas Tn. J untuk mencegah terjadinya risiko jatuh.

2. Risiko jatuh

Penyusunan perencanaan pada Tn. J bertujuan mencegah terjadinya jatuh pada lansia setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam ditandai dengan kriteria hasil berjalan dengan langkah yang efektif meningkat, berjalan dengan langkah yang pelan menurun, berjalan dengan langkah yang cepat meningkat, dan kaku pada persendian menurun.

Rencana keperawatan pada Tn. J dengan risiko jatuh meliputi mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin), menghitung risiko jatuh menggunakan skala Fall Morse Scale, memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya dan menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. Faktor yang mempengaruhi keseimbangan dan mengakibatkan jatuh pada lansia

adalah lingkungan yang tidak aman, penggunaan alat bantu jalan, alas kaki dan pakaian yang tidak tepat atau mengganggu (Hutomo, 2015).

Berdasarkan pernyataan tersebut penulis memberi rencana intervensi pencegahan jatuh meliputi memodifikasi lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin) dan menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin karena kebanyakan lansia melakukan aktivitas hanya didalam kamar atau lingkungan panti.

3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit

Penyusunan perencanaan pada Tn. J bertujuan agar perasaan nyaman pasien meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil rileks meningkat, keluhan tidak nyaman menurun, dan gelisah menurun.

Rencana keperawatan pada Tn. J dengan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit diantaranya mengidentifikasi teknik relaksasi efektif yang pernah dilakukan, memonitor respon terhadap terapi relaksasi terapeutik, memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi, menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (napas dalam), mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (napas dalam).

Berdasarkan pernyataan diatas penulis memberi intervensi terapi relaksasi yang meliputi mengajarkan pasien relaksasi napas dalam yang dapat membantu pasien dalam mengurangi rasa tidak nyaman yang dialami dibagian kepala.

4.5 Implementasi

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Dimana dalam melakukan tindakan keperawatan perawat tidak melakukan sendiri namun juga dibantu oleh perawat panti Wreda dan profesi lainnya.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Implementasi yang diberikan kepada Tn. J dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu memberi dukungan perawatan diri meliputi memfasilitasi pemenuhan kebutuhan mandi, BAB/BAK, mengidentifikasi budaya dan kebiasaan saat mandi dan BAB/BAK, memonitor kebersihan tubuh dan integritas kulit saat mandi dan BAB/BAK, menjaga privasi selama kebersihan diri dan berpakaian, memfasilitasi menggunakan alat bantu eliminasi, mempertahankan kebiasaan kebersihan diri, memodifikasi lingkungan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia.

Implementasi menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi memfasilitasi bertujuan untuk memberikan pemahaman dan mempermudah Tn. J melakukan gerakan mobilisasi kebersihan diri karena hambatan mobilitas fisik yang dialami. Implementasi mengidentifikasi budaya dan kebiasaan saat mandi, BAB/BAK dan berpakaian bertujuan mencari tahu apa kebiasaan pasien saat mandi atau sebelum mandi dan didapatkan bahwa Tn. J mandi menggunakan sabun dan mencuci rambut 1x3 hari. Memonitor kebersihan tubuh dan integritas kulit saat mandi dan BAB/BAK bertujuan memantau kelembaban kulit akibat tekanan atau akibat penggunaan pampers dan tidak didapatkan adanyalesi pada bagian tubuh Ny. S

terutama pada bagian lpatan tubuh. Menjaga privasi selama kebersihan diri dan berpakaian bertujuan menjaga hak atas privasi pasien. Memfasilitasi pasien untuk selalu menggunakan alas kaki saat beraktivitas/saat ke kamar mandi. Mempertahankan kebiasaan kebersihan diri bertujuan untuk terjadinya masalah integritas ada kullit akibat kurang perawatan. Memodifikasi lingkungan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia bertujuan mencegah lansia terjatuh atau cedera, pada saat berjalan ke kamar mandi Tn. J berpegangan pada pegangan khusus di dinding kamar mandi dan menggunakan alas kaki yang tidak licin.

2. Risiko jatuh

Implementasi keperawatan pada Tn. J dengan risiko jatuh meliputi mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin), menyarankan Tn. J untuk memakai alas kaki saat beraktivitas untuk mencegah terjadinya risiko jatuh, memonitor/memantau Tn. J saat berjalan karena Tn. J saat berjalan mengalami ketidakseimbangan antara kaki kanan dan kiri..

Berdasarkan implemetasi diatas, hampir semua pencegahan jatuh sudah difasilitasi oleh pihak panti. Namun karena jarak kamar yang cukup jauh dengan ruangan perawat, terkadang pemantauan lingkungan yang berisiko hanya terpantau saat perawat melakukan observasi atau memberi makan dan namun kegiatan lansia dapat terpantau 24 jam dengan CCTV.

3. Gangguan rasa nyaman

Implementasi keperawatan pada Tn. J dengan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan penurunan kekuatan otot diantaranya mengidentifikasi teknik relaksasi efektif yang pernah digunakan, menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, jenis relaksasi yang tersedia yaitu nafas dalam.

Berdasarkan implementasi diatas, semua implementasi pada pemenuhan rasa nyaman dilakukan oleh perawat kepada Tn. J. dan Tn. J dapat mendemonstrasikan kembali teknik relaksasi napas dalam.

4.6 Evaluasi

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Evaluasi pada pemberian intervensi identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan hingga hari ke-3 didapatkan hasil Tn. J mengatakan tangan kanan masih mengalami kekakuan tapi masih bisa digerakkan hanya saja jika melakukan/memegang benda berat dan dalam waktu yang lama membutuhkan tangan kiri untuk melakukan pergerakan. Dengan analisa masalah teratasi sebagian dan tetap melanjutkan intervensi mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan mobilisasi latihan ROM.

2. Resiko jatuh

Evaluasi pada pemberian intervensi pencegahan jatuh teratasi pada hari ke-3 dikarenakan pemantauan risiko jatuh selalu dipantau oleh perawat karena semakin menurunnya kemampuan fisik lansia. Dengan hasil evaluasi hari ke-3 Tn. J mengatakan sudah menjalankan dan patuh untuk memakai alas kaki untuk

mencegah/mengurangi risiko jatuh yang pernah dialami dan saat berjalan Tn. J cara berjalan memang belum seimbang tetapi saat berjalan Tn. J dan sesekali memerlukan pegangan untuk menjaga keseimbangan.

3. Gangguan rasa nyaman

Evaluasi pada pemberian intervensi teknik relaksasi napas dalam pada tn. J tercapai pada hari ke-2 karena Tn. J minum obat teratur dan setiap hari menerapkan teknik relaksasi napas dalam saat kepala terasa berat yang mengganggu kenyamanan Tn. J itu kambuh.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan gerontik yang telah dilakukan oleh penulis ada Tn. J dengan Gangguan mobilitas fisik di UPTD Griya Wreda Surabaya, dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

1. Saat pengkajian tidak semua data muncul pada pasien dengan hipertensi. Pada Tn. J pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 didapatkan tekanan darah meningkat 170/100 mmHg dan pasien mengatakan sakit di kepala terasa berat merasa tidak nyaman serta mengganggu Tn. J saat akan melakukan aktivitas, dan Tn. J juga mengeluhkan tangan kanan terasa kaku dan mengalami penurunan otot karena dulu pernah menderita penyakit stroke. Dan tampak Tn. J sedikit mengalami ketidakseimbangan dalam berjalan antara kaki kanan dan kaki kiri.
2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Tn. J yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, resiko jatuh dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.
3. Intervensi keperawatan direncanakan pada setiap diagnosa keperawatan. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

direncanakan untuk latihan rentang gerak atau ROM (*Range of Motion*), sedangkan diagnose keperawatan resiko jatuh direncanakan untuk menganjurkan pasien memakai alas kaki yang tidak licin dan mengatur keseimbangan dalam berjalan, dan untuk diagnose keperawatan gangguan rasa nyaman direncanakan untuk melakukan teknik relaksasi berupa napas dalam.

4. Pada evaluasi tanggal tanggal 15 Januari 2022 didapatkan pemenuhan kebutuhan kemandirian terpenuhi dan masih tetap harus dipantau dan difasilitasi karena masih terdapat sedikit ketidakseimbangan dalam berjalan. Namun Tn. J pada tanggal 14 Januari 2022 kepala yang terasa berat yang dialami sehingga menyebabkan aktivitasnya terganggu sudah hilang dan Tn. J mampu mendemonstrasikan dan mengatasi apabila hal tersebut kambuh kembali.

5.2 Saran

Berdasarkan dari kesimpulan diatas penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi lansia

Diharapkan lansia mampu mencari jalan keluar atas masalah yang dihadapi, meminta bantuan kepada perawat jika tidak dapat melakuka aktivitas sendiri dan menerapkan teknik relaksasi napas dalam.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mampu memberi pemantauan lebih menyeluruh dan lebih sering terhadap lansia dengan risiko jatuh atau lansia dengan faktor risiko jatuh. Diharapkan perawat selalu

memperhatikan kondisi lingkungan lansia untuk menghindari terjadinya jatuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Dalimartha, S. (2008). *Resep Tumbuhan Obat untuk Asam Urat* (Cet.11). Jakarta Penebar Swadaya 2008.
- Dewi, N. L. (2020). *No Title*.
- Dewi, S. R. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik* (Cet. I). Deepublish.
- Dita, P. (2016). Pemberian Teknik Relaksai Nafas Dalam Terhadap Adaptasi Nyeri Persalinan Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif Pada Asuhan Keperawatan Ny.W Di Puskesmas Sibela Mojosongo. *Pemberian Teknik Relaksai Nafas Dalam Terhadap Adaptasi Nyeri Persalinan Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif Pada Asuhan Keperawatan Ny.W Di Puskesmas Sibela Mojosongo*.
- Drs. Sunaryo, M. K., & Hj. Wijayanti, Rahayu, K.Kp., M.Kep., S. K. (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik* (P. Christian (ed.)). Penerbit CV. Andi.
- Endang, T. (2014). *Pelayanan keperawatan bagi penderita hipertensi secara terpadu*.
- Fajri, Y. S. (2017). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi Pada Lansia Tahap Awal di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2017*.
- Fatma, ekasari mia, Made, riasmini ni, & hartini tien. (2018). *Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia Konsep dan Berbagai Intervensi*. penerbit wineka medika.
- G. Bare, & Suzanne C Smeltzer. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (EGC)*. Penerbit buku kedokteran.
- Hanifah, A. M. (2019). Asuhan Keperawatan Keluarga pada Lansia dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Juanda Samarinda. *Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Juanda Samarinda*.
- Hutomo, A. K. (2015). *Hubungan Penataan Lingkungan Rumah terhadap Risiko Jatuh pada Lansia di Desa Karangwuni Wates Kulon Progo*.
- Irwan. (2017). *Buku Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*.
- kemeskes RI. (2018). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas). In *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas)*. <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-kesehatan-dasar-riskesmas/>
- Kholifah, S. N. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Gerontik*.
- Kowalak, & P. Jennifer. (2017). *Buku Ajar Patofisiologi*. EGC.
- Lewis. (2000). *Medical Surgical Nursing ; Assesment and Management of Clinical Problems*. Mobsy.
- Masriadi. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Trans Info Media.

- Muhlisin, A., & Irdawati. (2010). Teori self care dari Orem dan pendekatan dalam praktek keperawatn. *Berita Ilmu Keperawatan*, 2(2), 97–100. https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/2044/BIK_Vol_2_No_2_9_Abi_Muhlisin.pdf?sequence=1
- Mulyani, S. S. (2019). *Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hipertensi di Panti Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda*.
- Nurrahmani, U. (2012). *Stop! Hipertensi*. Familia.
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Nuha Medika.
- Perry, A. ., & Potter, P. . (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik* (EGC).
- Perry, P. &. (2006). Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik. In □□□□ □□□□□□□ □□□□□ □□□□□□□ □□□□ □□□□□ □□□□ (Vol. 59).
- Reny, A. Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi Nic-Noc*. EGC.
- Rohaedi, S., Putri, S. T., & Putri, A. D. (2016). *Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Activities Living di Panti Sosial Tresna Wredha Senja Rawi*.
- Rumah, K. I., Umum, S., Tenggara, S., Ilmiah, K. T., Kesehatan, K., Indonesia, R., Kesehatan, P., Kendari, K., & Keperawatan, J. (2018). *Oleh : YULIA YULIA*.
- Sani. (2008). Klasifikasi penderita hipertensi. *Klasifikasi Penderita Hipertensi*, 26–28.
- Septina, F. Y. (2017). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi Pada Lansia Tahap Awal di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2017*.
- Siti, B. (2009). *Lanjut usia dan keperawatan gerontik*. Nuha Medika.
- Soenarta, A. A., Erwinanto, Mumpuni, A. S. S., Barack, R., Lukito, A. A., Hersunarti, N., & Pratikto, R. S. (2015). *Pedoman Tatalaksana Hipertensi pada Penyakit Kardiovaskular*.
- Sumaryati, M. (2018). Studi Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Keluarga Ny”M” Dengan Hipertensi Dikelurahan Barombong Kecamatan Tamalate Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 6(2), 6–10. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v6i2.54>
- Terapi, P., Kering, B., Menurunkan, D., Darah, T., Dengan, L., Di, H., Binaan, W., Rowosari, P., Of, A., Cupping, D. R. Y., In, T., Blood, R., In, P., With, E., In, H., Puskesmas, A., & Semarang, R. (2021). *SEMARANG APPLICATION OF DRY CUPPING THERAPY IN REDUCING BLOOD PRESSURE IN THE*. 6(2).
- Wajan, U. J. (2010). *Keperawatan kardiovaskular*. Salemba Medika.
- Wijaya, A. S. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.

- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)* (Cet. 1). Nuha Medika.
- Witaryanti, C. A. (2014). Koping perawat dalam menghadapi lansia yang mengalami inkontinensia urin di panti wredha dharma bakti kasih surakarta. *Skripsi Terpublikasi*.

LAMPIRAN 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Evin Dinda Lestari

NIM : 21.30058

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Tempat, Tanggal Lahir : Gresik, 20 Desember 1998

Agama : Islam

Email : evindindal@gmail.com

Riwayat Pendidikan:

Tahun Lulus	Program Pendidikan	Institusi
2011	Sekolah Dasar	SDN Cerme Lor
2014	Sekolah Menengah Pertama	SMPN 1 Cerme Gresik
2017	Sekolah Menengah Atas	SMAN 1 Cerme Gresik
2021	Sarjana Keperawatan	STIKES Hang Tuah Surabaya

LAMPIRAN 2

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO

“Kita Harus menang! Tapi di manakah letak kemenangan itu? Yaitu di balik perjuangan dan kepayahan”

-Buya Hamka-

PERSEMBAHAN

Karya Imiah Akhir ini ku persembahkan untuk:

1. Kedua Orang tua ku, Mama dan Ayah tersayang yang tanpa henti mendoakan ku dan memberikan kasih sayang yang besar dan begitu tulus yang tidak mungkin bisa di balas dengan apapun.
2. Sahabat seperjuanganku (Tiara, Shonia, Fenny, Aswinda, Puspa, dan Nadiyah) yang selalu membuat kuliah ku terasa menyenangkan dengan kelakuan-kelakuan kalian.
3. Teman-teman Ners angkatan 12 STIKES Hang Tuah Surabaya terima kasih sudah berjuang bersama.
4. Terimakasih kepada semua orang di sekelilingku yang namanya tidak bisa disebut satu persatu, terimakasih atas doa, motivasi dan semangatnya untukku.

LAMPIRAN 3

PENGAJIAN KESEIMBANGAN UNTUK LANSIA (Tinneti, ME, dan Ginter, SF, 1998).

1. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

- a. Bangun dari kursi (dimasukkan dalam analisis) (**Normal/Tidak**)

Tidak bangun dari duduk dengan satu kali gerakan, tetapi mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.

- b. Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) (**Normal/Tidak**)

Menjatuhkan diri di kursi, tidak duduk ditengah kursi

- c. Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum perlahan-lahan sebanyak 3 kali) (**Normal/Tidak**)

- d. Menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya (**Normal/Tidak**)

- e. Mata tertutup (**Normal/Tidak**)

- f. Sama seperti diatas (periksa kepercayaan pasien tentang input penglihatan untuk keseimbangannya).

- g. Perputaran leher (**Normal/Tidak**)

- h. Menggerakkan kaki, menggenggam obyek untuk dukungan, kaki menyentuh sisi-sisinya, keluhan vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil.

- i. Gerakan menggapai sesuatu (**Normal/Tidak**)

- j. Tidak/mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil, memegang sesuatu untuk dukungan.

- k. Membungkuk (**Normal/Tidak**)
 - l. Tidak/mampu untuk membungkuk, untuk mengambil obyek-obyek kecil (misal bulpen) dari lantai, memegang suatu obyek untuk bisa berdiri lagi memerlukan usaha-usaha multiple untuk bangun.
- 2. Komponen gaya berjalan atau gerakan**
- a. Minta klien untuk berjalan pada tempat yang ditentukan ragu-ragu tersandung, memegang obyek untuk dukungan (**Normal/Tidak**)
 - b. Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki pada saat melangkah) kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (>2 inchi) (**Normal/Tidak**)
 - b. Kontinuitas langkah kaki (lebih baik diobservasi dari samping pasien) (**Normal/Tidak**).
 - c. Setelah langkah-;angkah awal, tidak konsisten memulai mengangkat salah satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai.
 - d. Kesimetrisan langkah (lebih baik diobservasi dari samping pasien) (**Normal/Tidak**).
 - e. Panjangnya langkah yang tidak sama (sisi yang patologis biasanya memiliki langkah yang lebih panjang : masalah dapat terjadi pada pinggul, lutut, pergelangan kaki atau otot sekitarnya).
 - f. Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik diobservasi dari belakang pasien) (**Normal/Tidak**) tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi.
 - g. Berbalik (**Normal/Tidak**) berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan memegang obyek untuk dukungan.

LAMPIRAN 4

PENGAJIAN AFEKTIF

Inventaris Depresi Beck

Berisi 13 hal yang menggambarkan berbagai gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi. Terkait dengan kesedihan, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan, rasa bersalah, tidak menyukai diri sendiri, membahayakan diri sendiri, menarik diri dari sosial, keraguan, perubahan gambaran diri, kesulitan kerja, keletihan, anoreksia.

0-4 : depresi tidak ada atau minimal

5-7 : depresi ringan

8-15 : depresi sedang

>16 : depresi berat

Bentuk singkat bisa menggunakan **Skala Depresi Geriatrik Yesavage**

1. Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda? (ya/tidak)
2. Sudahkah anda mengeluarkan aktivitas dan minat anda? (ya/tidak)
3. Apakah anda merasa hidup anda kosong? (ya/tidak)
4. Apakah anda sering bosan? (ya/tidak)
5. Apakah anda memiliki semangat yang baik setiap waktu? (ya/tidak)
6. Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda? (ya/tidak)
7. Apakah anda merasa bahagia disetiap waktu? (ya/tidak)
8. Apakah anda lebih suka tinggal dirumah pada malam hari, daripada pergi dan melakukan sesuatu yang baru? (ya/tidak)

9. Apakah anda merasa bahwa anda mempunyai lebih banyak masalah dengan ingatan daripada yang lamanya? (ya/tidak)
10. Apakah anda berfikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini? (ya/tidak)
11. Apakah anda merasa sangat tidak berguna dengan keadaan anda sekarang? (ya/tidak)
12. Apakah anda merasa penuh berenergi? (ya/tidak)
13. Apakah anda berpikir bahwa situasi anda tidak ada harapan? (ya/tidak)
14. Apakah anda berpikir bahwa banyak orang lebih baik daripada anda? (ya/tidak)

Penilaian :

Jika jawaban pertanyaan sesuai indikasi dilai point 1 (nilai 1 point untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya atau tidak setelah pertanyaan) nilai 5 point lebih dapat menandakan depresi.

LAMPIRAN 5

PENGAJIAN STATUS SOSIAL

Dengan menggunakan APGAR

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

Penilaian :

Jika pertanyaan yang dijawab selalu (point 2), kadang-kadang (point 1), hampir tidak pernah (point 0).

Kesimpulan :

Dari hasil pengkajian fungsi sosial pada lansia menggunakan APGAR Keluarga didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 8 yang berarti Ny.S termasuk kategori disfungsi sedang.

LAMPIRAN 6

TINGKAT KERUSAKAN INTELEKTUAL

Dengan menggunakan **SPMSQ (Sort Portable Mental Status Quesioner)**.

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini :

Benar	Salah	Nomor	pertanyaan
1		1	Tanggal berapa hari ini?
1		2	Hari apa sekarang?
1		3	Apa nama tempat ini?
	0	4	Dimana alamat anda?
1		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?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
JUMLAH : 7			

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

Dari hasil pengkajian tingkat kerusakan intelektual menggunakan SPMSQ didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 7 yakni berarti Ny.S termasuk dalam kategori Fungsi intelektual keusakan sedang.

LAMPIRAN 7

IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF

Dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam).

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar Tahun : 2021 Hari : senin Musim : kemarau Bulan : oktober Tanggal : 25
2.	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada? Negara : Indonesia Provinsi : jawa timur Kabupaten/kota : Surabaya Panti : wreda Wisma : Mawar
3.	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab: 1) Kursi 2) Meja 3) kertas
4.	Perhatian dan kalkulasi	5	0	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban: 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65
5.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada poin ke-2 (tiap point nilai 1)
6.	Bahasa	9	9	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut). 1)..... 2).....
				3)minta klien untuk mengulangi kata berikut :

				<p>“tidak ada, dan, jika, atau tetapi) klien menjawab : Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah. 4)ambil kertas ditangan anda 5)lipat dua 6)taruh dilantai, Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 poin). 7)”tutup mata anda” 8)perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9)menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk.</p>
	Total Nilai	30	25	Tidak ada gangguan kognitif

Interpretasi :

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif berat

Dari hasil pengkajian gangguan kognitif menggunakan MMSE didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 25 yang berarti Ny.S termasuk dalam kategori tidak ada gangguan kognitif.

LAMPIRAN 8

INDEKZ KATZ

SKORE	KRITERIA
A	Kemandirian dalam hal makna, kontinen, berpindah ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.
B	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut.
C	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
D	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
E	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, berpindah dan satu fungsi tambahan.
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut.
Lain-lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C,D,E,F dan G