

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANG KENANGA DI UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN SURABAYA



Oleh:
PUSPA INDAH PERMATASARI, S.Kep
NIM. 213.0109

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Tn. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANG KENANGA
DI UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN
SURABAYA**

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



Oleh:
PUSPA INDAH PERMATASARI, S.Kep
NIM. 213.0109

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan punulis, 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, 08 Juli 2022



Puspa Indah Permatasari, S.Kep
NIM. 213.0109

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Puspa Indah Permatasari, S.Kep

NIM : 2130109

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S. dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Kenanga Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

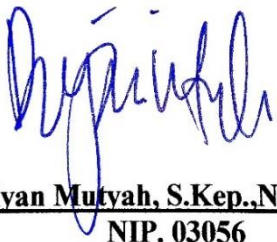
Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Mengetahui,

Suabaya, 08 Juli 2022

Pembimbing Institusi



Diyan Mutyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03056

Pembimbing Klinik



Shelly Safitri Yasin, S.Kep.,Ns
NIP. -

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 8 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Puspa Indah Permatasari, S.Kep

NIM : 2130109

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

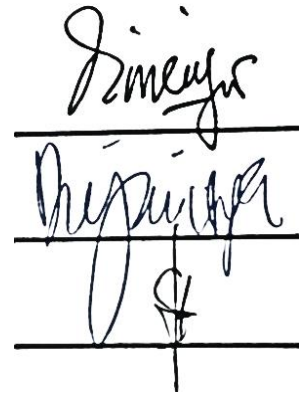
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S. dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Kenanga Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Telah dipertahankan didepan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir STIKES Hang Tuah Surabaya, Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelas NERS pada Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : **Dini Mei W., M.Kep., Ns**
NIP. 03011

Penguji I : **Diyan Mutyah, S.Kep.,Ns., M.Kes**
NIP. 03056

Penguji II : **Shelly Safitri Yasin, S.Kep.,Ns**



Mengetahui

STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 8 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Kenanga Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya” sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Ibu Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulisi untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Dini Mei W, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku penguji institusi yang penuh kesabaran dan bimbingan, saran, masukan, kritik serta pengarahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Diyan Mutyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing yang penuh dengan kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep.,Ns.M.Kes, selaku Kepala UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
7. Ibu Shelly Safitri Yasin, S.Kep.,Ns selaku penguji Karya Ilmiah Akhir yang memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini
8. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Teman-teman sealmamater profesi Ners A12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Surabaya, 08 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Lansia	8
2.1.1 Definisi Lansia	8
2.1.2 Klasifikasi Lansia	9
2.1.3 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	9
2.1.4 Penyakit Yang Terjadi Pada Lansia	14
2.2 Konsep Dasar Hipertensi	15
2.2.1 Definisi Hipertensi	15
2.2.2 Anatomi dan Fisiologi Jantung	15
2.2.2 Klasifikasi Hipertensi	20
2.2.4 Etiologi	21
2.2.5 Faktor Resiko Hipertensi	21
2.2.6 Patofisiologi	24
2.2.7 Manifestasi Klinis	25
2.2.8 Penatalaksanaan Hipertensi	26
2.2.9 Pencegahan Hipertensi	30
2.2.10 Komplikasi	31
2.3 Konsep Penilaian MMT	33
2.3.1 Definisi	33
2.3.2 Tujuan Penggunaan MMT	34
2.3.3 Proses Pelaksanaan MMT	34
2.3.4 Nilai Kekuatan Otot	34
2.3.5 Faktor Yang Mempengaruhi Hasil MMT	35
2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	36

2.4.1	Pengkajian Keperawatan	36
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	44
2.4.3	Intervensi.....	45
2.4.4	Implementasi	50
2.4.5	Evaluasi	51
2.5	Kerangka Masalah / WOC	52
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		53
3.1	Pengkajian	53
3.1.1	Identitas	53
3.1.2	Riwayat Kesehatan.....	54
3.1.3	Status Fisiologis	54
3.1.4	Pemeriksaan Fisik (Head to Toe).....	55
3.1.5	Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia.....	57
3.1.6	Pengkajian Psikososial	57
3.1.7	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan.....	57
3.1.8	Pengkajian Lingkungan.....	58
3.1.9	Pengkajian Afektif Geriatri Depression Scale	61
3.1.10	Pengkajian Status Nutrisi	61
3.1.11	Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga	61
3.1.12	Masalah Emosional	61
3.1.13	Identifikasi Aspek Kognitif MMSE.....	61
3.1.14	Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ	62
3.1.15	Indeks Barthel	62
3.2	Pemeriksaan Penunjang	62
3.3	Analisa Data	62
3.4	Prioritas Masalah.....	63
3.5	Intervensi Keperawatan.....	65
3.6	Implementasi Keperawatan	70
BAB 4 PEMBAHASAN		76
4.1	Pengkajian	76
4.1.1	Identitas	76
4.1.2	Riwayat Kesehatan.....	77
4.1.3	Pemeriksaan Fisik	78
4.2	Pengkajian Konsep Lansia	81
4.3	Diagnosa Keperawatan.....	81
4.4	Implementasi	89
4.5	Evaluasi	91
BAB 5 PENUTUP.....		93
5.1	Simpulan	93
5.2	Saran.....	94
DAFTAR PUSTAKA		95
LAMPIRAN.....		97

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Klasifikasi Hipertensi.....	20
Tabel 2.2. Penilaian Indeks Barthel	36
Tabel 2.3. Kecemasan Geriatric Depression Scale	40
Tabel 2.4. Penilaian APGAR Keluarga.....	41
Tabel 2.5. Intervensi.....	43
Tabel 3.1. Terapi Obat.....	60
Tabel 3.2. Analisa Data.....	60
Tabel 3.3. Prioritas Masalah	61
Tabel 3.4. Intervensi Keperawatan	62
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Anatomi Fisiologi Jantung	16
Gambar 2.2. Kerangka Masalah	50

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	93
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	94
Lampiran 3 Leaflet Rileksasi Nafas Dalam	95
Lampiran 4 Leaflet ROM.....	98
Lampiran 5 SOP Pengukuran Tensi	100
Lampiran 6 SOP Rileksasi Nafas Dalam	102
Lampiran 7 SOP Range Of Motion.....	103
Lampiran 8 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan	105
Lampiran 9 Pengkajian Ekspresi Nyeri.....	111

DAFTAR SINGKATAN

UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
WHO	: <i>World Health Organization</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
KEMENKES	: Kementerian Kesehatan
Depkes	: Departemen Kesehatan
RI	: Republik Indonesia
Lansia	: Lanjut Usia
TAK	: Terapi Aktivitas Kelompok
AHA	: <i>American Heart Association</i>
GDS	: <i>Geriatric Depression Scale</i>
ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
GDA	: Gula Darah Acak
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan
MMT	: <i>Manual Muscle Testing</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lanjut usia atau yang sering disebut lansia merupakan kelompok usia yang rentan mengalami masalah kesehatan. Masalah tersebut semakin bertambah ketika seseorang bertambah dalam usianya. Pertambahan usia yang dialami lansia mengakibatkan semua sistem dan fungsi mengalami penurunan. Penurunan fungsi tersebut dapat memunculkan berbagai penyakit, salah satunya yaitu hipertensi yang merupakan urutan pertama dalam masalah kesehatan bagi lansia (Sari , Margiyati, 2020). Hipertensi merupakan masalah kesehatan global dan telah diakui sebagai kontributor utama terhadap beban penyakit kardiovaskular. Hipertensi merupakan keadaan meningkatnya tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg (Effendi & Larasati, 2017). Prevalensi hipertensi yang terus meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup seperti merokok, obesitas, dan stress psikososial. Hampir di setiap negara, hipertensi menduduki peringkat pertama sebagai penyakit yang paling sering dijumpai di seluruh dunia (Hanifa, 2016).

Menurut data WHO, di seluruh dunia, sekitar 972 juta orang atau 26,4% mengidap hipertensi, angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025 (Pratama, 2016). Diperkirakan setiap tahun ada 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasi. Tiga ratus tiga puluh tiga juta dari 972 juta pengidap hipertensi berada di negara maju dan sisanya berada di negara berkembang termasuk Indonesia (Pratama, 2016). Jumlah kasus hipertensi di Indonesia berdasarkan hasil data (Riskesdas, 2018) sebesar 63.309.620 orang, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 427.218 kematian. Pada usia 55-64

tahun dengan jumlah 55,2% penderita hipertensi sedangkan pada usia 65-74 tahun sebanyak 63,2% dan pada usia 75 ke atas sebesar 69,5% penderita hipertensi. Jumlah kasus hipertensi di Provinsi Jawa Timur tahun 2015 sebesar 685.994 penduduk dan mengalami peningkatan pada tahun 2016 sebesar 935.736 penduduk, dengan proporsi laki-laki sebesar 387.913 penduduk (13,78%) dan perempuan sebesar 547.823 penduduk (13,25%) (Kemenkes RI, 2016). Kota Surabaya termasuk ke dalam lima besar kota atau kabupaten di Jawa Timur yang memiliki jumlah penderita hipertensi tertinggi, yaitu sebanyak 45.014 orang atau sebesar 10,43% (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2017). Berdasarkan prevalensi jumlah lansia pada bulan Januari tahun 2022 di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya menunjukkan hasil bahwa sebanyak 79 (49,37%) orang lansia menderita hipertensi dari total 160 lansia.

Tingginya kasus hipertensi diatas dikarenakan kurangnya kesadaran mengenai pentingnya pola hidup sehat. Selain mendapatkan pengobatan secara medis, penderita hipertensi juga memerlukan pendampingan keluarga dalam pemeliharaan kesehatan dengan cara merubah *life style* seperti gaya makan, gaya hidup terutama dalam mengelola stress sehingga perlu pemberdayaan masyarakat terutama penderita didampingi keluarga tentang cara perawatan hipertensi. Pemantauan tekanan darah oleh keluarga membantu penderita hipertensi meningkatkan kualitas hidupnya sehingga mengurangi biaya perawatan dan komplikasi yang berbahaya (Maryati & Praningsih, 2019). Hipertensi disebabkan karena adanya penyumbatan pada sistem peredaran darah baik dari jantung atau pembuluh darah vena dan arteri, hal tersebut akan membuat aliran darah terganggu dan menyebabkan tekanan darah meningkat. Pada umumnya ketika seseorang menderita hipertensi akan muncul tanda dan gejala

nyeri kepala dan leher, lemas, gelisah, sesak nafas, mual, muntah. Nyeri kepala hipertensi merupakan tanda yang umum dialami pada lansia dimana pada usia tersebut kondisi dan kemampuan fungsi tubuh mengalami penurunan (Buddury S, 2017).

Adapun salah satu pelaksanaan yang dapat dilakukan terhadap pasien dengan hipertensi yaitu dengan memberikan edukasi. Peran perawat sangat dibutuhkan sebagai edukator dalam pemberian edukasi kepada pasien (Manoppo et al., 2018). Penatalaksanaan yang dapat dilakukan oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan gerontik melalui beberapa tahap yaitu dengan melakukan pengkajian, merumuskan masalah keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi hasil dari tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien. Tindakan implementasi yang diterapkan perawat kepada pasien dengan hipertensi terdapat dua cara yaitu, secara farmakologi dan nonfarmakologi. Penatalaksanaan secara farmakologi, perawat dapat berkolaborasi dengan memberikan obat-obatan seperti amlodipine yang berfungsi untuk menurunkan dan menstabilkan tekanan darah pada pasien hipertensi, tetapi pengobatan secara farmakologi dapat menimbulkan ketergantungan serta efek samping. Oleh karena itu pengobatan secara nonfarmakologi juga berperan dalam mendukung proses pengobatan pada pasien hipertensi. Pengobatan secara nonfarmakologis yang dilakukan oleh perawat yaitu dengan melakukan tindakan TAK, yang bertemakan dengan rileksasi nafas dalam atau *slow deep breathing* yang berfungsi sebagai penetralisir psikologis pada pasien dikarenakan rileksasi nafas dalam dapat membuat pasien merasa tenang dan nyaman, kondisi seperti ini akan membantu menurunkan nyeri yang dirasakan oleh pasien . (Komang et al., 2022).

Oleh karena itu penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Kenanga di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnosa hipertensi di Griya Wreda Jambangan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn.S dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Kenanga di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa pada Tn.S dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Kenanga di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan gerontik Tn.S dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Kenanga di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Kenanga di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosa medis hipetensi di Ruang Kenanga di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

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

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian *morbidity*, *disability* dan mortalitas pada pasien hipertensi.

2. Secara Praktis

- a. Bagi Griya Wreda Jambangan

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pasien dengan hipertensi sehingga penatalaksanaan dini dapat dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di Griya Wreda Jambangan Surabaya.

- b. Bagi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit hipertensi sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan hipertensi di rumah.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa di pergunakan sebagai gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan hipertensi sehingga selanjutnya mampu untuk mengembangkan ilmu pengetahuan yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam, lengkap, dan teliti, terhadap seorang individu, keluarga, serta kelompok.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diperoleh melalui percakapan secara langsung dengan pasien maupun perawat di Griya Wreda Jambangan Surabaya

b. Observasi

Data diperoleh melalui pengamatan secara langsung terhadap sikap dan respon pasien selama wawancara dilakukan.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data langsung diperoleh dari pasien

b. Data Sekunder

Data diperoleh dari orang dekat atau orang yang berada di sekitar lingkungan pasien seperti perawat pasien.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:
 - a. Bab 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus
 - b. Bab 2 : Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa hipertensi
 - c. Bab 3 : Tinjauan kasus hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan
 - d. Bab 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis
 - e. Bab 5 : Simpulan dan Saran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan diuraikan akan diuraikan secara teoritis tentang 1) konsep dasar lansia, 2) konsep dasar penyakit hipertensi, 3) konsep penilaian MMT 4) konsep dasar asuhan keperawatan dengan diagnosa medis hipertensi

2.1 Konsep Dasar Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa dan tua. Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis, maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik, yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat dan figur tubuh yang tidak proporsional (Nasrullah, 2016).

Lansia merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari (tahap penurunan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terkena berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain (Kholifah, 2016).

Lansia merupakan proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Aspiani, 2014). Lanjut usia adalah seseorang yang karena usianya seseorang mengalami perubahan biologis, fisik, kejiwaan dan sosial, serta perubahan ini akan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan, termasuk kesehatannya. Oleh karena itu kesehatan lansia perlu mendapatkan perhatian khusus dengan tetap dipelihara dan ditingkatkan agar selama mungkin dapat hidup secara produktif, sesuai dengan kemampuannya sehingga dapat ikut serta berperan aktif (Utomo, Agus Setyo., 2019).

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Menurut WHO (2013), klasifikasi lansia adalah sebagai berikut:

1. Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45 – 54 tahun
2. Lansia (*elderly*), yaitu kelompok usia 55 – 65 tahun
3. Lansia muda (*Young old*), yaitu kelompok usia 66 – 74 tahun
4. Lansia tua (*old*), yaitu kelompok usia 75 – 90 tahun
5. Lansia sangat tua (*very old*), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun

2.1.3 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Menurut Kholifah (2016) proses penuaan akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, dan psikososial.

1. Perubahan Fisik

a. Sel

Jumlah sel sedikit, ukurannya menjadi lebih besar, berkurangnya cairan intraseluler, porposi protein di otak, ginjal, hati menurun, jumlah sel otak menurun, mekanisme perbaikan sel terganggu.

b. Sistem pendengaran

Prebiakusis (gangguan pada sistem pendengaran) karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

c. Sistem integumen

Pada lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

d. Sistem muskuloskeletal

1.) Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata.

Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan.

2.) Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan

osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.

3.) Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.

4.) Sendi: pada lansia jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fascia mengalami penuaan elastisitas.

e. Sistem kardiovaskuler

Pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun, ukuran jantung secara keseluruhan menurun dengan adanya penyakit klinis, denyut jantung menurun, katup jantung pada lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistolik meningkat pada lansia karena hilangnya distensibility arteri. Tekanan darah diastolik tetap sama atau meningkat.

f. Sistem respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

g. Pencernaan dan metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

h. Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

i. Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

j. Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus, terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur

2. Perubahan Kognitif

a. Daya Ingat (*Memory*)

b. IQ (*Intelligent Quotient*)

c. Kemampuan Belajar (*Learning*)

d. Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*)

- e. Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)
 - f. Pengambilan Keputusan (*Decision Making*)
 - g. Kebijaksanaan (*Wisdom*)
 - h. Kinerja (*Performance*)
 - i. Motivasi (*Motivation*)
3. Perubahan Psikososial
- a. Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jikalansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.
 - b. Duka cita (*Bereavement*)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.
 - c. Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.
 - d. Gangguan cemas

Gangguan cemas seperti fobia, panik, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut

merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

e. *Parafrenia*

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi atau diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

f. Sindroma Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

2.1.4 Penyakit Yang Terjadi Pada Lansia

Menurut Aspiani (2014) terdapat empat penyakit yang erat hubungannya dengan proses menua diantaranya:

- a. Gangguan sirkulasi darah seperti hipertensi, kelainan pembuluh darah, gangguan pembuluh darah di otak dan ginjal
- b. Gangguan metabolisme hormonal seperti diabetes melitus, klimakterium, dan ketidakseimbangan tiroid
- c. Gangguan persendian seperti osteoarthritis, gout arthritis, dan penyakit kolagen lainnya
- d. Gangguan neoplasma

2.2 Konsep Dasar Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang dapat mengakibatkan angka kesakitan (morbilitas) dan kematian (mortalitas). Tekanan darah bisa dikatakan tinggi apabila terjadi peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg (Suiraoaka 2012).

Hipertensi merupakan tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140/90 mmHg (Ardiansyah M., 2012). Menurut Nurhidayat (2015) hipertensi pada lanjut usia didefinisikan sebagai tekanan sistolik lebih dari 160 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg.

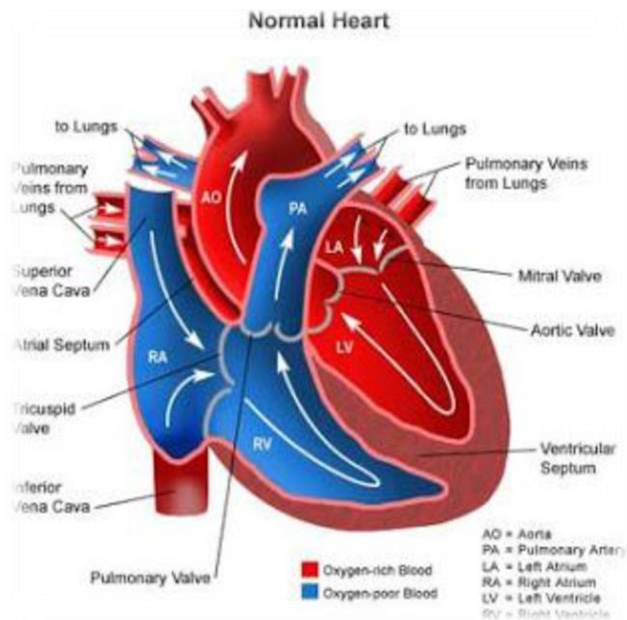
Berdasarkan AHA atau *American Heart Associaton* dalam Kemenkes (2018), hipertensi merupakan *silent killer* dimana gejalanya sangat bermacam-macam pada setiap individu dan hampir sama dengan penyakit lain. Gejala-gejala tersebut adalah sakit kepala atau rasa berat ditengkuk. Vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging atau tinnitus dan mimisan.

2.2.2 Anatomi dan Fisiologi Jantung

1. Anatomi Jantung

Jantung adalah organ otot yang berongga dan berukuran sebesar kepalan tangan. Fungsi utama jantung adalah memompa darah ke pembuluh darah dengan kontraksi ritmik dan berulang. Jantung normal terdiri dari empat ruang, 2 ruang

jantung atas dinamakan atrium dan 2 ruang jantung di bawahnya dinamakan ventrikel, yang berfungsi sebagai pompa. Dinding yang memisahkan kedua atrium dan ventrikel menjadi bagian kanan dan kiri dinamakan septum.



Gambar 2.1. Gambar Jantung
(Tortora, 2014)

Batas-batas jantung:

1. Kanan : vena cava superior (VCS), atrium kanan, vena cava inferior (VCI)
2. Kiri : ujung ventrikel kiri
3. Anterior : atrium kanan, ventrikel kanan, sebagian kecil ventrikel kiri
4. Posterior : atrium kiri, 4 vena pulmonalis
5. Inferior : ventrikel kanan yang terletak hampir horizontal sepanjang diafragma sampai apeks jantung
6. Superior : apendiks atrium kiri

Darah dipompakan melalui semua ruang jantung dengan bantuan keempat katup yang mencegah agar darah tidak kembali ke belakang dan menjaga agar darah

tersebut mengalir ke tempat yang dituju. Keempat katup ini adalah katup trikuspid yang terletak di antara atrium kanan dan ventrikel kanan, katup pulmonal, terletak di antara ventrikel kanan dan arteri pulmonal, katup mitral yang terletak di antara atrium kiri dan ventrikel kiri dan katup aorta, terletak di antara ventrikel kiri dan aorta. Katup mitral memiliki 2 daun (*leaflet*), yaitu *leaflet* anterior dan posterior. Katup lainnya memiliki tiga daun (*leaflet*)

Jantung dipersarafi aferen dan eferen yang keduanya sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Saraf parasimpatis berasal dari saraf vagus melalui preksus jantung. Serabut post ganglion pendek melewati nodus SA dan AV, serta hanya sedikit menyebar pada ventrikel. Saraf simpatis berasal dari trunkus toraksik dan servikal atas, mensuplai kedua atrium dan ventrikel. Walaupun jantung tidak mempunyai persarafan somatik, stimulasi aferen vagal dapat mencapai tingkat kesadaran dan dipersepsi sebagai nyeri.

Suplai darah jantung berasal dari arteri koronaria. Arteri koroner kanan berasal dari sinus aorta anterior, melewati diantara trunkus pulmonalis dan apendiks atrium kanan, turun ke lekukan A-V kanan sampai mencapai lekukan interventrikuler posterior. Pada 85% pasien arteri berlanjut sebagai arteri posterior desenden/*posterior descendens artery* (PDA) disebut dominan kanan. Arteri koroner kiri berasal dari sinus aorta posterior kiri dan terbagi menjadi arteri anterior desenden kiri/*left anterior descenden* (LAD) interventrikuler dan sirkumfleksi. LAD turun di anterior dan inferior ke apeks jantung.

Mayoritas darah vena terdrainase melalui sinus koronarius ke atrium kanan. Sinus koronarius bermuara ke sinus venosus sistemik pada atrium kanan, secara morfologi berhubungan dengan atrium kiri, berjalan dalam celah atrioventrikuler.

2. Fisiologi Jantung

Jantung dapat dianggap sebagai 2 bagian pompa yang terpisah terkait fungsinya sebagai pompa darah. Masing-masing terdiri dari satu atrium-ventrikel kiri dan kanan. Berdasarkan sirkulasi dari kedua bagian pompa jantung tersebut, pompa kanan berfungsi untuk sirkulasi paru sedangkan bagian pompa jantung yang kiri berperan dalam sirkulasi sistemik untuk seluruh tubuh. Kedua jenis sirkulasi yang dilakukan oleh jantung ini adalah suatu proses yang berkesinambungan dan berkaitan sangat erat untuk asupan oksigen manusia demi kelangsungan hidupnya.

Ada 5 pembuluh darah mayor yang mengalirkan darah dari dan ke jantung. Vena cava inferior dan vena cava superior mengumpulkan darah dari sirkulasi vena (disebut darah biru) dan mengalirkan darah biru tersebut ke jantung sebelah kanan. Darah masuk ke atrium kanan, dan melalui katup trikuspid menuju ventrikel kanan, kemudian ke paru-paru melalui katup pulmonal.

Darah yang biru tersebut melepaskan karbondioksida, mengalami oksigenasi di paru-paru, selanjutnya darah ini menjadi berwarna merah. Darah merah ini kemudian menuju atrium kiri melalui keempat vena pulmonalis. Dari atrium kiri, darah mengalir ke ventrikel kiri melalui katup mitral dan selanjutnya dipompakan ke aorta.

Tekanan arteri yang dihasilkan dari kontraksi ventrikel kiri, dinamakan tekanan darah sistolik. Setelah ventrikel kiri berkontraksi maksimal, ventrikel ini mulai mengalami relaksasi dan darah dari atrium kiri akan mengalir ke ventrikel ini. Tekanan dalam arteri akan segera turun saat ventrikel terisi darah. Tekanan ini selanjutnya dinamakan tekanan darah diastolik. Kedua atrium berkontraksi secara bersamaan, begitu pula dengan kedua ventrikel.

Jumlah darah yang mengalir dalam sistem sirkulasi pada orang dewasa mencapai 5-6 liter (4.7-5.7 liter). Darah bersirkulasi dalam sistem sirkulasi sistemik dan pulmonal.

a. Sirkulasi sistemik

Sistem sirkulasi sistemik dimulai ketika darah yang mengandung banyak oksigen yang berasal dari paru, dipompa keluar oleh jantung melalui ventrikel kiri ke aorta, selanjutnya ke seluruh tubuh melalui arteri-arteri hingga mencapai pembuluh darah yang diameternya paling kecil (kapiler)

Kapiler melakukan gerakan kontraksi dan relaksasi secara bergantian, yang disebut dengan *vasomotion* sehingga darah mengalir secara *intermittent*. Dengan aliran yang demikian, terjadi pertukaran zat melalui dinding kapiler yang hanya terdiri dari selapis sel endotel. Ujung kapiler yang membawa darah teroksigenasi disebut arteriole sedangkan ujung kapiler yang membawa darah terdeoksigenasi disebut venule; terdapat hubungan antara arteriole dan venule "*capillary bed*" yang berbentuk seperti anyaman, ada juga hubungan langsung dari arteriole ke venule melalui arteri-vena anastomosis (A-V anastomosis). Darah dari arteriole mengalir ke venule, kemudian sampai ke vena besar (v.cava superior dan v.cava inferior) dan kembali ke jantung kanan (atrium kanan). Darah dari atrium kanan selanjutnya memasuki ventrikel kanan melalui katup trikuspidalis.

b. Sirkulasi pulmonal

Sistem sirkulasi pulmonal dimulai ketika darah yang terdeoksigenasi yang berasal dari seluruh tubuh, yang dialirkan melalui vena cava superior dan vena cava inferior kemudian ke atrium kanan dan selanjutnya ke ventrikel kanan, meninggalkan jantung kanan melalui arteri pulmonalis menuju paru-paru (kanan

dan kiri). Di dalam paru, darah mengalir ke kapiler paru dimana terjadi pertukaran zat dan cairan, sehingga menghasilkan darah yang teroksigenasi. Oksigen diambil dari udara pernapasan. Darah yang teroksigenasi ini kemudian dialirkan melalui vena pulmonalis (kanan dan kiri), menuju ke atrium kiri dan selanjutnya memasuki ventrikel kiri melalui katup mitral (bikuspidalis). Darah dari ventrikel kiri kemudian masuk ke aorta untuk dialirkan ke seluruh tubuh (dan dimulai lagi sirkulasi sistemik)

Jadi, secara ringkas, aliran darah dalam sistem sirkulasi normal manusia adalah : Darah dari atrium kiri → melalui katup mitral ke ventrikel kiri → aorta ascendens – arcus aorta – aorta descendens – arteri sedang – arteriole → *capillary bed* → venule – vena sedang – vena besar (v.cava superior dan v.cava inferior) → atrium kanan → melalui katup trikuspid ke ventrikel kanan → arteri pulmonalis → paru-paru → vena pulmonalis → atrium kiri.

2.2.3 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi Menurut *American Heart Association, Joint National Committee VIII* (AHA & JNC VIII, 2014).

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	< 120 mmHg	< 120 mmHg
Pre Hipertensi	130-139 mmHg	80-89 mmHg
Stage 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Stage 2	≥ 160 mmHg	≥ 100 mmHg
Hipertensi Krisis	> 180 mmHg	> 110 mmHg

Sumber : (Bope & Kellerman 2017)

2.2.4 Etiologi

a. Hipertensi primer atau hipertensi essensial

Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik). Penyebab yang belum jelas atau diketahui tersebut sering dihubungkan dengan faktor gaya hidup yang kurang sehat. Hipertensi primer merupakan hipertensi yang paling banyak terjadi, sekitar 90% dari kejadian hipertensi (Yanita, 2017).

b. Hipertensi sekunder atau hipertensi non essensial

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain, seperti penyakit ginjal, kelainan hormonal, atau penggunaan obat tertentu (Yanita, 2017).

2.2.5 Faktor Resiko Hipertensi

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah:

1.) Usia

Pada umumnya semakin bertambahnya usia maka semakin besar pula risiko terjadinya hipertensi. Hal tersebut disebabkan oleh perubahan struktur pembuluh darah seperti penyempitan lumen, serta dinding pembuluh darah menjadi kaku dan elastisitasnya berkurang sehingga meningkat tekanan darah.

2.) Jenis Kelamin

Pria cenderung lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan dengan wanita. Hal tersebut terjadi karena adanya dugaan bahwa pria memiliki gaya hidup yang kurang sehat jika dibandingkan dengan wanita. Menurut beberapa penelitian, terdapat kecenderungan bahwa pria dengan usia lebih dari 45 tahun lebih rentan mengalami peningkatan

tekanan darah, sedangkan wanita cenderung mengalami peningkatan tekanan darah pada usia 55 tahun atau menopause.

3.) Genetik (Keturunan)

Resiko terkena akan lebih tinggi pada orang dengan keluarga dekat yang memiliki riwayat hipertensi. Selain itu faktor keturunan juga dapat berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam (NaCl) dan renin membran sel (Triyanto, 2014).

b. Faktor risiko yang dapat diubah :

1.) Obesitas

Obesitas adalah keadaan penumpukan lemak berlebih dalam tubuh. Berat badan yang berlebih akan meningkatkan volume darah untuk mencukupi kebutuhan oksigen dan nutrisi yang lebih banyak, yang secara otomatis akan menaikkan tekanan darah.

2.) Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor penyebab hipertensi karena dalam rokok terdapat kandungan nikotin. Nikotin terserap oleh pembuluh darah kecil dalam paru-paru dan diedarkan ke otak. Di dalam otak, nikotin memberikan sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepas epinefrin atau adrenalin yang akan menyempitkan pembuluh darah dan memaksa jantung bekerja lebih berat sehingga memicu tekanan darah menjadi tinggi.

3.) Alkohol dan kafein berlebih

Alkohol salah satu akibat terjadinya peningkatan kadar kortisol, selain itu peningkatan volume sel darah merah, dan kekentalan darah

mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Semetara itu, kafein diketahui dapat membuat jantung berpacu lebih cepat sehingga mengalirkan darah lebih banyak setiap detiknya.

4.) Konsumsi garam berlebih

Garam (NaCl) mengandung natrium yang dapat menarik cairan di luar sel agar tidak dikeluarkan sehingga menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh. Hal inilah yang membuat peningkatan volume dan tekanan darah.

5.) Kurang aktifitas fisik

Aktifitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Kurangnya aktifitas fisik merupakan faktor risiko independen untuk penyakit kronis dan secara keseluruhan diperkirakan dapat menyebabkan kematian secara global.

6.) Kebiasaan konsumsi makanan lemak

Lemak didalam makanan atau hidangan memberikan kecenderungan meningkatkan kholesterol darah, terutama lemak hewani yang mengandung lemak jenuh. Kolesterol yang tinggi bertalian dengan peningkatan prevalensi penyakit hipertensi.

7.) Stress

Kejadian hipertensi lebih besar terjadi pada individu yang memiliki kecenderungan stress emosional yang dapat merangsang timbulnya hormone adrenalin dan memicu jantung berdetak lebih kencang sehingga memicu peningkatan tekanan darah.

8.) Ketidakseimbangan hormonal

Ketidakseimbangan hormonal dapat memicu gangguan pada pembuluh darah. Gangguan tersebut berdampak pada peningkatan tekanan darah. Gangguan keseimbangan hormonal ini biasanya dapat terjadi pada penggunaan alat kontrahormonal seperti pil KB (Triyanto, 2014).

2.2.6 Patofisiologi

Menurut Triyanto (2014) meningkatnya tekanan darah didalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah di setiap denyutan jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis. Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu untuk mengarut karena perangsangan saraf atau hormon didalam darah. Bertambahnya darah dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terhadap kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat.

Sebaliknya, jika aktivitas memompa jantung berkurang arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun. Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan didalam

fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara. Jika tekanan darah meningkat, ginjal akan mengeluarkan garam dan air yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah normal. Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali normal. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut renin, yang memicu pembentukan hormon angiotensi, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormon aldosteron. Ginjal merupakan organ penting dalam mengembalikan tekanan darah; karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal dapat menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arteri renalis) bisa menyebabkan hipertensi. Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah.

2.2.7 Manifestasi Klinis

Menurut Tambayong (dalam Nurarif A.H., & Kusuma H., 2016)), tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

1.) Tidak ada gejala

Tidak ada gejala spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan darah tidak teratur.

2.) Gejala yang lazim

Seing dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataanya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

- a) Mengeluh sakit kepala, pusing
- b) Lemas, kelelahan
- c) Sesak nafas
- d) Gelisah
- e) Mual
- f) Muntah
- g) Epistaksis
- h) Kesadaran menurun

2.2.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut Wulansari (2017) ada dua cara yang dilakukan dalam pengobatan hipertensi yaitu:

a. Penatalaksanaan Non Farmakologis

Penatalaksanaan non farmakologis dengan modufikasi gaya hidup sangat penting dalam mencegah tekanan darah tinggi dan merupakan bagian yang mendukung dalam sistem pengobatan tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan hipertensi dengan non farmakologis terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah yaitu,

1.) Makan Gizi Seimbang

Prinsip diet yang dianjurkan adalah gizi seimbang seperti makan buah dan sayur 5 porsi per-hari, karena cukup mengandung kalium yang dapat menurunkan tekanan darah. Asupan natrium hendaknya dibatasi dengan jumlah intake 1,5 g/hari atau 3,5-4g garam/hari. Pembatasan asupan natrium dapat membantu menurunkan tekanan darah dan menurunkan risiko penyakit kardiovaskuler.

2.) Menurunkan kelebihan berat badan

Penurunan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup juga berkurang.

3.) Olahraga

Olahraga secara teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung. Olahraga secara teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arterosklerosis akibat hipertensi.

4.) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

5.) Relaksasi

Relaksasi dapat memberikan efek secara langsung terhadap fungsi tubuh. Efek dari relaksasi tersebut yaitu dapat menurunkan ketegangan otot, meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, menurunkan frekuensi pernapasan dan nadi, mengurangi nyeri, serta dapat menurunkan tekanan darah. Salah satu relaksasi yang dapat dilakukan pada penderita hipertensi yaitu *guided imagery*. Menurut (Komang et al., 2022). *Guided imagery* membuat relaksasi dan imajinasi positif menurunkan aktivitas simpatis sehingga merileksasi otot polos pembuluh darah sehingga menyebabkan penurunan tekanan darah.

b. Penatalaksanaan farmakologis

Terapi farmakologis yaitu dengan mengonsumsi obat antihipertensi yang bertujuan agar tekanan darah pada penderita hipertensi tetap terkontrol dan mencegah komplikasi. Jenis obat antihipertensi yang sering digunakan adalah sebagai berikut :

1.) Diuretika

Diuretika adalah obat yang memperbanyak kencing, mempertinggi pengeluaran garam (NaCl). Obat yang sering digunakan adalah obat yang daya kerjanya panjang sehingga dapat digunakan dosis tunggal, diutamakan diuretika yang hemat kalium. Obat yang banyak beredar adalah Spironolactone, HTC, Chlortalidone dan Indopamide.

2.) Beta-blocker

Mekanisme kerja obat ini adalah melalui penurunan laju nadi dan daya pompa jantung, sehingga dapat mengurangi daya dan frekuensi

kontraksi jantung. Dengan demikian tekanan darah akan menurun dan daya hipotensinya baik. Obat yang termasuk jenis Beta-blocker adalah Propanolol, Atenolol, Pindolol dan sebagainya.

3.) Golongan Penghambat ACE dan ARB

Golongan penghambat angiotensin converting enzyme (ACE) dan angiotensin receptor blocker (ARB) penghambat angiotensin enzyme (ACE inhibitor/ACE I) menghambat kerja ACE sehingga perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II (vasokonstriktor) terganggu. Sedangkan angiotensin receptor blocker (ARB) menghalangi ikatan zat angiotensin II pada reseptornya. Baik ACE maupun ARB mempunyai efek vasodilatasi, sehingga meringankan beban jantung. Yang termasuk obat jenis penghambat ACE adalah Captopril dan enalapril.

4.) Calcium Channel Blockers (CCB)

Calcium channel blocker (CCB) adalah menghambat masuknya kalsium ke dalam sel pembuluh darah arteri, sehingga menyebabkan dilatasi arteri coroner dan juga arteri perifer, yang termasuk jenis obat ini adalah Nifedipine Long Acting, dan Amlodipin.

5.) Golongan antihipertensi lain

Penggunaan penyekat reseptor alfa perifer adalah obat-obatan yang bekerja sentral, dan obat golongan vasodilator pada populasi lanjut usia sangat terbatas, karena efek samping yang signifikan. Obat yang termasuk Alfa perifer adalah Prazosin dan Terazosin.

2.2.9 Pencegahan Hipertensi

Menurut Suiroaka (2012) usaha untuk mencegah hipertensi adalah dengan menjauhi faktor-faktor pemicunya. Cara yang baik untuk menghindari terjadinya hipertensi adalah sebagai berikut :

a. Mengontrol berat badan dan mengatasi obesitas

Bagi seseorang yang mengalami obesitas, pertama harus berupaya untuk mengatasi obesitasnya. Obesitas selain beresiko terkena hipertensi juga akan terkena penyakit-penyakit lainnya. Berat badan yang berlebihan mempengaruhi kerja jantung. Cara terbaik untuk mengontrol berat badan adalah dengan melakukan olahraga secara teratur dan mengurangi konsumsi makanan yang mengandung lemak.

b. Mengatur pola makan

Mengatur pola makan yang sehat dan bergizi sangat penting dilakukan dalam usaha mengontrol tekanan darah. Menggunakan garam dapur (natrium klorida) secukupnya dan menggunakan garam yang beryodium. Mengonsumsi makanan yang segar dan mengurangi mengonsumsi makanan yang diawetkan serta makanan rendah lemak dapat mengontrol tekanan darah

c. Menghindari stress

Menjauhkan diri dari stress akan mengurangi resiko terkena hipertensi maka dari itu perlu dicoba untuk melakukan relaksasi yang dapat mengontrol sistem saraf yang dapat bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah.

d. Memperbaiki gaya hidup

Kebiasaan mengonsumsi alkohol dan merokok merupakan contoh gaya hidup yang kurang sehat. Hipertensi bisa dicegah dengan cara menghentikan konsumsi alkohol dan merokok.

e. Mengontrol tekanan darah

Hipertensi harus dideteksi sejak dini dengan cara pemeriksaan tekanan darah secara rutin dan berkala

f. Meningkatkan aktivitas fisik

Melakukan aktivitas fisik dan berolahraga secara teratur terbukti dapat mengontrol tekanan darah

g. Mengobati penyakit

Adanya penyakit-penyakit tertentu dalam tubuh dapat menyebabkan hipertensi sekunder, maka dari itu usaha yang dapat dilakukan adalah dengan mengobati penyakit agar tidak menimbulkan komplikasi hipertensi.

2.2.10 Komplikasi

Menurut Triyanto (2014) adapun beberapa komplikasi dari hipertensi dapat sebagai berikut :

a. Stroke

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya

berkurang. Arteri-arteri otak mengalami arterosklerosis dapat menjadi lemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Gejala terkena stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba, seperti orang binggung atau bertingkah laku seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa lemah atau sulit digerakan (misalnya wajah, mulut, atau lengan terasa kaku, tidak dapat berbicara secara jelas) serta tidak sadarkan diri secara mendadak.

b. Infark miokard

Hal ini dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan.

c. Gagal ginjal

Kerusakan pada ginjal disebabkan oleh tingginya tekanan pada kapiler-kapiler glomerulus. Rusaknya glomerulus membuat darah mengalir ke fungsional ginjal, neuron terganggu, dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya glomerulus menyebabkan protein keluar melalui urine dan terjadilah tekanan osmotik koloid plasma berkurang sehingga terjadi edema pada penderita hipertensi kronik.

d. Ensefalopati

Ensefalopati (kerusakan otak) terjadi pada hipertensi maligna (hipertensi yang mengalami kenaikan darah dengan cepat). Tekanan yang tinggi disebabkan oleh kelainan yang membuat peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium diseluruh susunan saraf pusat. Akibatnya neuro-neuro disekitarnya terjadi koma dan kematian.

e. Retinopati

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah pada retina. Kelainan pada retina yang terjadi akibat tekanan darah yang tinggi adalah iskemik optic neuropati atau kerusakan pada saraf mata akibat aliran darah yang buruk, oklusi arteri dan vena retina akibat penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena retina.

2.3 Konsep Penilaian MMT (Manual Muscle Testing)

2.3.1 Definisi

Manual Muscle Testing (MMT) adalah salah satu usaha untuk menentukan atau mengetahui kemampuan seseorang dalam mengontraksikan otot atau group otot secara voluntary. MMT standar sebagai ukuran kekuatan tidak akan sesuai atau cocok untuk seseorang yang tidak dapat mengkontraksikan ototnya secara aktif dan disadari. Dengan demikian, seseorang yang mengalami gangguan sisten syaraf pusat yang memperlihatkan spastisitas otot tidak cocok untuk dilakukan MMT. Pemeriksaan kekuatan otot menggunakan MMT akan membantu penegakan

diagnosis klinis, penentuan jenis terapi, jenis alat bantu yang diperlukan, dan prognosis.

2.3.2 Tujuan Penggunaan MMT

1. Untuk membantu menegakkan diagnosa.
2. Untuk menentukan jenis-jenis terapi atau terapi apa yang harus diberikan
3. Untuk menentukan jenis-jenis alat-alat bantu yang diperlukan oleh pasien misalnya : ortoses, splin atau alat bantu ambulasi.
4. Untuk menentukan prognosis

2.3.3 Proses Pelaksanaan MMT

1. Pasien diposisikan sedemikian rupa sehingga otot mudah berkontraksi sesuai dengan kekuatannya.
2. Posisi yang dipilih harus memungkinkan kontraksi otot dan gerak mudah diobservasi
3. Bagian tubuh yang dites harus terbebas dari pakaian yang menghambat
4. Berikan penjelasan dan contoh gerakan yang harus dilakukan
5. Pasien mengkontraksikan ototnya dan stabilisasi diberikan pada segmen proksimal
6. Selama terjadi kontraksi, gerakan yang terjadi diobservasi, baik palpasi pada tendon atau perut otot
7. Memberikan tahanan pada otot yang bergerak dengan luas gerakan sendi penuh dan melawan gravitasi
8. Melakukan pencatatan hasil MMT

2.3.4 Nilai Kekuatan Otot

Menurut Depkes RI (2010) nilai kekuatan otot terbagi atas :

1. Nilai 0 : Kontraksi otot tidak terdeteksi dengan palpasi
2. Nilai 1 : Adanya kontraksi otot dan tidak ada pergerakan sendi
3. Nilai 2 : Adanya kontraksi otot dan adanya pergerakan sendi full ROM secara pasif dengan bantuan perawat.
4. Nilai 3 : Adanya kontraksi otot, adanya pergerakan sendi full ROM secara pasif dengan bantuan perawat , dan mampu melawan gravitasi
5. Nilai 4 : Adanya kontraksi otot, adanya pergerakan sendi full ROM secara pasif dengan bantuan perawat, mampu melawan gravitasi dan tahanan minimal
6. Nilai 5 : Mampu melawan tahanan maksimal

2.3.5 Faktor Yang Mempengaruhi Hasil MMT

Terapis harus menyadari bahwa adanya gangguan-gangguan muskulo skeletal akan menyebabkan otot-otot menjadi lebih cepat ataupun lebih mudah lelah dari pada dalam keadaan normal. Dengan alasan tersebut, sebaiknya jangan melakukan MMT terhadap banyak otot di sekitar satu persendian secara terus menerus dalam satu sesion. Contohnya : pertama kita melakukan MMT untuk sebagian otot daerah tangan , kemudian ganti otot daerah siku dan seterusnya. Baru kita lanjutkan untuk otot daerah tangan yang lain .

- a) Posisi
- b) Tes Lingkup Gerak Sendi
- c) Palpasi
- d) Tahanan

- e) Stabilisasi
- f) Substitusi
- g) Motivasi dari Pasien atau klien
- h) Adanya rasa nyeri

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, no. Register, dan diagnosa medis. Sedangkan identitas bagi penanggung jawab yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien.

2. Riwayat Kesehatan

1.) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien biasanya mengatakan sakit pada daerah kepala, pusing, tengkuk terasa pegal, kaku dan sakit, mata berkunang-kunang, pada sebagian kasus hipertensi berat pasien merasakan dyspnea dan adanya penggunaan otot bantu pernafasan. Keluhan dapat hilang timbul saat terjadi peningkatan tekanan darah.

2.) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien biasanya memiliki kebiasaan merokok, dan sering mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung garam dan kolestrol, pasien memiliki riwayat obesitas dengan kurangnya pola aktivitas sehari-hari, pada sebagian kasus hipertensi sekunder pasien

memiliki riwayat penyakit lain yang menyertai penyakit hipertensi seperti penyakit ginjal dan DM serta penyakit jantung.

3.) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya pada pasien dengan hipertensi, memiliki riwayat kesehatan keluarga yang terkena hipertensi dan adanya penyakit keturunan yang dapat menyebabkan seseorang menderita hipertensi sekunder.

3. Status Fisiologis

1.) Nutrisi

Mengkaji jenis makanan dan minuman yang di konsumsi lansia, kebiasaan makan, makanan yang tidak disukai dan disukai, pantangan makan dan keluhan saat makan. Makanan yang dapat menyebabkan hipertensi mencakup makanan yang tinggi garam, lemak dan kolesterol. Pola makan perlu diwaspadai, pembatasan asupan natrium (komponen utama garam) sangat dianjurkan karena baik untuk kesehatan penderita hipertensi. Pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala kadang-kadang merasakan mual atau muntah saat makan, penurunan berat badan dan riwayat pemakaian diuretik.

2.) Eliminasi

Biasanya pada pasien dengan hipertensi tidak mengalami gangguan pada pola eliminasi kecuali hipertensi yang diderita sudah menyerang target organ seperti ginjal dan akan mengakibatkan gangguan pada proses eliminasi urin.

3.) Istirahat dan Tidur

Pasien hipertensi sering mengalami kesulitan untuk istirahat karena nyeri kepala.

5.) Aktivitas Sehari-hari

Pasien dengan hipertensi mengalami kesulitan untuk beraktivitas karena mudah lelah saat melakukan aktivitas dan nyeri kepala dapat mengganggu aktivitas. Mengkaji kemandirian dan keseimbangan lansia dalam beraktivitas dengan menggunakan instrumen format Barthel

Indeks Barthel

Tabel 2.2 Tabel Penilaian Indeks Barthel

No	Jenis Aktivitas	Nilai		Penilaian
		Bantuan	Mandiri	
1.	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	0
2.	Mandi	0	5	0
3.	Makan	5	10	10
4.	Toileting (Aktivitas BAB dan Bak)	5	10	5
5.	Naik/turun tangga	5	10	5
6.	Berpakaian	5	10	5
7.	Kontrol BAB	5	10	5
8.	Kontrol BAK	5	10	5
9.	Ambulasi	10	15	10
10.	Transfer kursi/bed	5-10	15	10
Total Nilai				

Keterangan:

Masing- masing indikator penilaian memiliki rentang nilai 5-10

Interpretasi: 55 Ketergantungan berat

0-20 : Ketergantungan penuh

21-61 : Ketergantungan berat

62-90 : Ketergantungan sedang

91-99 : Ketergantungan ringan

100 : Mandiri

6.) *Personal Hygiene*

Adanya kesulitan untuk melakukan perawatan diri karena pasien

dengan hipertensi lebih sering mengalami nyeri kepala dan mudah lelah.

7.) Reproduksi dan seksual

Pasien lansia terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan hipertensi.

3. Pemeriksaan Fisik

1.) Tanda-tanda Vital

a.) Keadaan umum: keadaan umum pasien hipertensi dengan keluhan nyeri kepala umumnya lemah.

b.) Kesadaran: kesadaran klien *composmentis*, apatis sampai somnolen.

c.) TTV: suhu normal ($36-37^{\circ}\text{C}$), nadi meningkat ($>100\text{x/menit}$), tekanan darah meningkat ($>140/90\text{ mmHg}$) dan pernafasan meningkat ($>20\text{x/menit}$).

2.) Sistem pengelihatan

Lensa pada lansia lebih suram (kekeruhan pada lensa) menyebabkan gangguan penglihatan, menurunnya lapang pandang, menurunnya daya membedakan warna

3.) Sistem pendengaran

Pada lansia sering terjadi presbiakusis atau hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis, terjadiya pengumpulan serumen dapat mengeras karena meningkatnya keratin

4.) Sistem wicara

Pasien dengan hipertensi ringan tidak mengalami gangguan pada sistem wicara. Pada kasus hipertensi berat terjadinya gangguan pola atau isi bicara dan orientasi bicara.

5.) Sistem pernafasan

Pada kasus hipertensi berat biasanya pasien mengalami gangguan sistem pernafasan seperti takipne, dyspnea dan ortopnea, adanya distress pernafasan atau penggunaan otot-otot pernafasan, frekuensi pernafasan $> 20x/menit$ dengan irama pernafasan tidak teratur, kedalaman nafas cepat dan dangkal, adanya batuk dan terdapat sputum sehingga mengakibatkan sumbatan jalan nafas dan terdapat bunyi mengi.

6.) Sistem kardiovaskuler

Tekanan darah meningkat, pengisian denyut kapiler kurang dari satu detik, sering ditemukan keringat dingin dan pusing karena nyeri. Suara S1 dan S2 tunggal, kulit pucat, sianosis.

7.) Sistem Neurosensori

Pada hipertensi ringan adanya rasa nyeri pada daerah kepala dan tengkuk, kesadaran *compos mentis*, pada hipertensi berat kesadaran dapat dapat menurun menjadi koma

8.) Sistem Gastrointestinal

Kehilangan gigi penyebab utama adanya periodontal disease yang bisaterjadi setelah umur 30 tahun, indera pengecap menurun, esofagus melebar, rasa lapar menurun, asam lambung menurun, peristaltik

melemah biasanya timbul konstipasi

9.) Sistem Integumen

Kulit pada pasien hipertensi akan mengalami keringat yang berlebih, mukosa bibir dan turgor kulit terjadi penurunan karena nafsu makan yang turun, terjadi edema di daerah tertentu.

10.) Sistem Muskuloskeletal

Terjadi kelemahan fisik, respon motorik terjadi penurunan genggaman, biasanya terjadi perubahan gaya berjalan.

11.) Sistem Genitourinaria

Produksi urine dalam batas normal serta tidak ada keluhan pada sistem perkemihan, kecuali sudah menderita penyakit hipertensi yang sudah komplikasi ke ginjal sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pola berkemih yang sering terjadi pada malam hari

4. Status Psikososial dan Spiritual

1.) Psikologis

Persepsi lansia terhadap proses menua yang sedang dihadapinya, apakah lansia menerima atau menolak, kebanyakan lansia menolak terhadap proses menua yang mereka hadapi. Harapan lansia terhadap proses menua yang mereka hadapi kebanyakan ingin menghibiskan waktu dengan orang terdekat. Lansia dengan hipertensi kebanyakan mengalami nyeri kepala yang mengganggu aktivitas, nyeri yang tidak kunjung sembuh membuat lansia mengalami depresi. Perawat harus mengkaji status depresi lansia dengan meminta lansia mengisi format pengkajian tingkat depresi lansia. Instrument yang digunakan menggunakan tabel kecemasan *Geriatric Depression Scale (GDS)*.

Tabel 2.3 Tabel Kecemasan GDS

No	Pertanyaa n	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	0
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	0
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	0
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	0
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	1
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	1
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				3

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

Interpretasi : Total

skor 3 (tidak mengalami depresi)

2.) Sosial

Hubungan lansia dengan orang terdekat disekitarnya yaitu petugas kesehatan dan teman satu wisma sebagai peran sentral pada tingkat kesehatan dan kesejahteraan. Instrument yang digunakan yaitu format APGAR keluarga. Penilaian: jika pertanyaan-pertanyaan yang dijawab “selalu” (poin 2), “kadang-kadang” (poin 1), “hampir tidak pernah” (poin 0).

Tabel 2.4 Tabel Penilaian APGAR Keluarga

APGAR Keluarga			
No	Fungsi	Uraian	Skor
1.	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	
2.	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.	
3.	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru.	
4.	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih, dan mencintai.	
5.	Pemecahan	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan menyediakan waktu bersama-sama.	
Total Nilai			

Intepretasi:

< 3 = disfungsi berat

4-6 = disfungsi sedang

≥ 6 = fungsi baik

3.) Spiritual

Kegiatan keagamaan yang lansia ikuti, keyakinan terhadap kematian, semakin tua usia umumnya lansia semakin takut akan kematian, dan lansia lebih sering mengikuti kegiatan keagamaan dan taat beribadah.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan, atau pada proses kehidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan merupakan sebuah konsep kritis untuk memandu proses pengkajian dan intervensi. Diagnosis juga menjadi komunikasi dan basis ilmu keperawatan dalam interaksinya dengan disiplin ilmu lain. Diagnosis keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan kesehatan yang dialaminya. Diagnosis sama pentingnya serta memiliki muatan aspek legal dan etis yang sama dengan diagnosis medis. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan merupakan kunci perawat dalam membuat rencana asuhan yang diberikan pada pasien yang dikelola (Rabelo et al., 2016).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada lansia dengan hipertensi yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- c. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

2.4.3 Intervensi

Tabel 2.5 Tabel Intervensi

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p>Nyeri Akut Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (misal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif</p>	<p>Tingkat Nyeri Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang konstan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas dari skala 1 (menurun) menjadi skala 5 (meningkat) 2. Keluhan nyeri dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 3. Meringis dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 4. Sikap protektif dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 5. Gelisah dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 6. Kesulitan tidur dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 7. Menarik diri dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 8. Berfokus pada diri sendiri dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 	<p>Manajemen Nyeri Definisi : Mengidentifikasi atau mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang konstan</p> <p>Tindakan Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapiutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

	<p>1. Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis <p>Kondisi klinis terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi Pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Diaforesis dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 10. Perasaan depresi (tertekan) dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 12. Anoreksia dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 13. Frekuensi nadi dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 14. Tekanan darah dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 15. Proses berpikir dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 16. Fokus dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 17. Fungsi berkemih dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 18. Nafsu makan dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 19. Pola tidur dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	<p>Gangguan Pola Tidur</p> <p>Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas</p>	<p>Pola Tidur</p> <p>Definisi : Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur</p> <p>Kriteria hasil :</p>	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Definisi : Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur</p> <p>Tindakan Observasi :</p>

<p>waktu tidur akibat faktor eksternal</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hambatan lingkungan (misal kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. Restrain fisik ketiadaan teman tidur 5. Tidak familiar dengan lingkungan tidur <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Objektif (Tidak tersedia)</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 2. Keluhan sering terjaga dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 3. Keluhan tidak puas tidur dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 4. Keluhan pola tidur berubah dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 5. Keluhan istirahat tidak cukup dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 6. Kemampuan beraktivitas dari skala 1 (menurun) menjadi skala 5 (meningkat) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misal teh, kopi, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapiutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan tidur (misal psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya
--	--	---

	<p>1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</p> <p>Objektif (Tidak tersedia)</p> <p>Kondisi klinis terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri/kolik 2. Hipertiroidisme 3. Kecemasan 4. Kehamilan 5. Priode pasca partum 6. Priode pasca operasi 		
3.	<p>Ansietas</p> <p>Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Krisis maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Ancaman terhadap kematian 	<p>Tingkat Ansietas</p> <p>Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 3. Perilaku gelisah dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 4. Perilaku tegang dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 5. Keluhan pusing dari skala 1 (meningkat) 	<p>Reduksi Ansietas Definisi : Meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda asietas <p>Terapiutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapiutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi

<p>6. Kekhawatiran mengalami kegagalan</p> <p>7. Disfungsi sistem keluarga</p> <p>8. Terpapar bahaya lingkungan</p> <p>9. Kurang terpapar informasi</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nafas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaforesis 5. Tremor 	<p>menjadi skala 5 (menurun)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anoreksia dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 7. Palpitasi dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 8. Frekuensi pernafasan dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 9. Frekuensi nadi dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 10. Tekanan darah dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 11. Diaforesis dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 12. Termor dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 13. Pucat dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 5 (menurun) 14. Konsentrasi dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 15. Pola tidur dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 16. Perasaan keberdayaan dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 17. Kontak mata dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 18. Pola berkemih dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik) 	<p>kecemasan, jika memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang kompetitif sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangiketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi
---	--	---

	6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu Kondisi klinis terkait 1. Penyakit kronis progresif (misal kanker, penyakit autoimun) 2. Penyakit akut 3. Hospitalisasi 4. Rencana operasi 5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas 6. Penyakit neurologis 7. Tahap tumbuh kembang	19. Orientasi dari skala 1 (memburuk) menjadi skala 5 (membaik)	Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian antiansietas, jika perlu
--	---	---	---

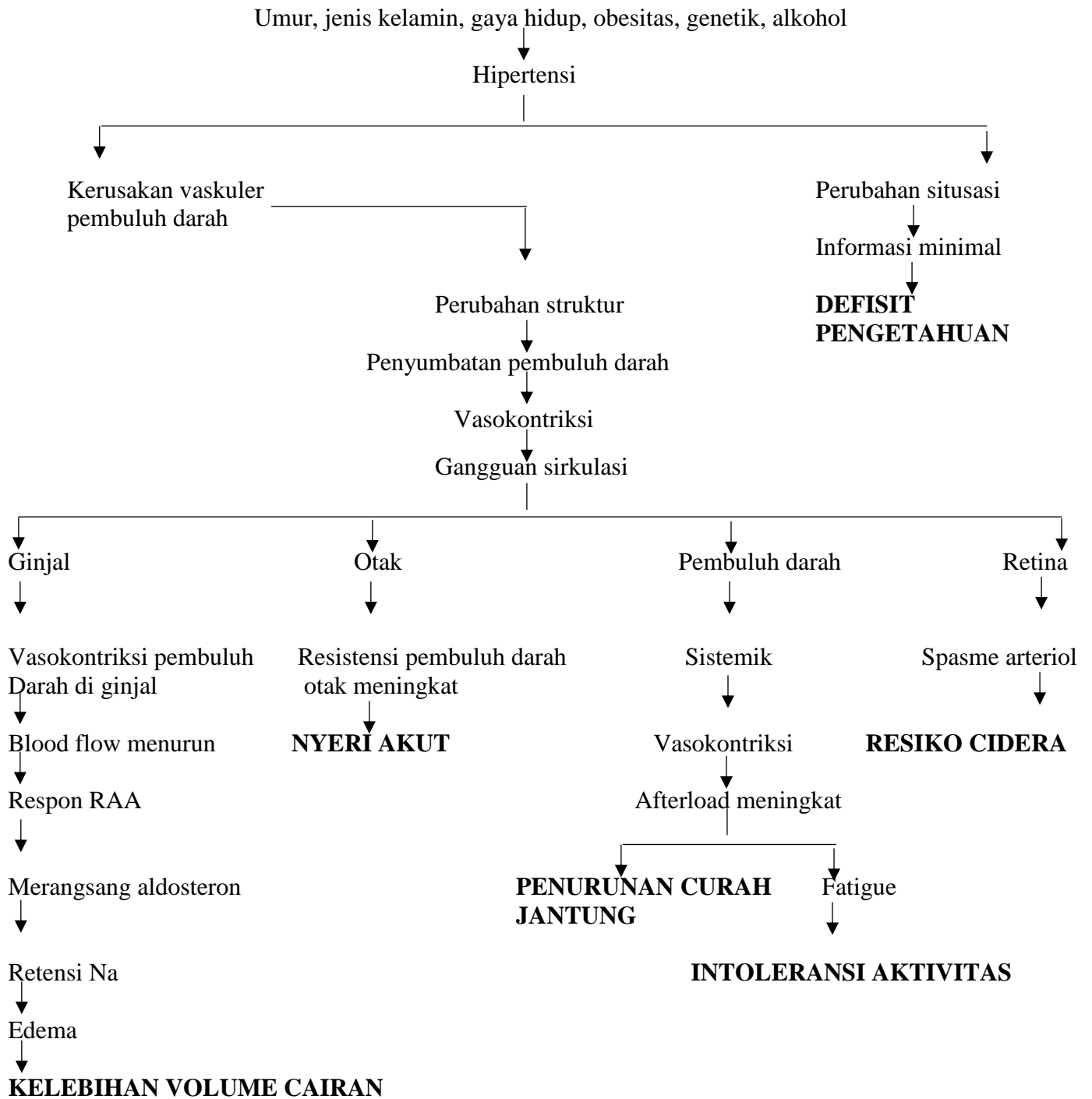
2.4.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien (Syahida, 2014). Sedangkan menurut Mulyadi (2015), implementasi mengacu pada tindakan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu perencanaan. Tindakan ini berusaha untuk mengubah keputusan-keputusan tersebut menjadi pola-pola operasional serta berusaha mencapai perubahan-perubahan besar atau kecil yang telah diputuskan.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi merupakan proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan intervensi keperawatan telah berhasil memungkinkan kondisi klien. Ada dua hal utama yang harus diperhatikan dalam tahap evaluasi. Pertama, perkembangan klien terhadap hasil yang sudah tercapai dan kedua adalah efektif atau tidaknya rencana keperawatan yang sudah disusun sebelumnya (Ratnawati, 2018).

2.5 Kerangka Masalah / WOC



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

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan kasus nyata, asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Kenanga di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang penulis lakukan pada tanggal 10 Januari 2022 pukul 07.30 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien secara langsung dan rekam medis dengan data sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Tn. S (66 tahun), beragama Islam, bekerja sebagai penjual soto ayam, status perkawinan menikah, dengan memiliki 4 orang anak. Pasien saat ini tinggal di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2019. Pasien masuk di Griya Wreda Jambangan Surabaya diantar oleh keluarga pada bulan Mei 2021 pukul 10.00 WIB. Keluhan utama pasien masuk di Griya Wreda Jambangan Surabaya dikarenakan pasien mengalami terkilir pada kaki kanannya sehingga pasien tidak dapat berjalan. Pasien mengatakan dirinya diantar ke Griya Wreda Jambangan Surabaya karena kondisi anak-anaknya yang kurang mampu dalam hal ekonomi. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Januari 2021 pasien mengatakan jika kaki sebelah kanan dan kirinya terasa kram dan sulit untuk digerakkan. Pasien hanya dapat berbaring ditempat tidur, dan untuk kebutuhan ADL setiap hari pasien membutuhkan perawatan total atau bantuan secara penuh. Pasien juga mengatakan jika dirinya sulit untuk tidur di siang dan malam hari, pasien hanya tidur 4-5 jam dalam sehari. Pasien mendapatkan terapi obat amlodipin 1x sehari dan vitamin C 1x sehari.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Pasien mengeluh nyeri kepala dan kakinya terasa kram
P : Riwayat penyakit hipertensi
Q : Cekot-cekot
R : Kepala bagian tengah
S : 5
T : Hilang timbul
2. Keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir : Pasien mnegatakan jika kaki kanannya terasa kram, pasien tidak mampu untuk melakukan aktivitas, untuk melakukan kebutuhan ADL pasien dibantu secara total. Pasien mengatakan jika dirinya juga sulit untuk tidur di malam hari, pasien selalu terjaga dan baru dapat tidur pada jam 02.00 – 06.00 WIB. Jumlah jam tidur pasien dalam sehari hanya 4-5 jam saja. Pasien mendapatkan terapi obat amlodipine 1x sehari dengan dosis 5mg dan vitamin C 1x sehari.
3. Penyakit saat ini : Hipertensi dan dislokasi kaki sebelah kanan

3.1.3 Status Fisiologis

1. Sistem ekstremitas : Terdapat kelemahan pada sistem ekstremitas bagian bawah
2. Tanda-tanda vital dan status gizi :
 - a. Tekanan Darah : 150/100 mmHg
 - b. Suhu : 36,4°C
 - c. Nadi : 98x/menit
 - d. Respirasi : 20x/menit
 - e. Berat Badan : 55kg
 - f. Tinggi Badan : 160cm

3.1.4 Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)

1. Integumen

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

2. Kepala

Kepala Tn. S bentuk simetris, bersih tidak ,terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih. Tn. S mengatakan terkadang terasa nyeri kepala dan tampak meringis

P : Hipertensi

Q : Cekot-cekot

R : Kepala bagian tengah

S : 5

T : Hilang timbul

3. Mata

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

4. Hidung

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

5. Mulut dan Tenggorokan

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

6. Telinga

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

7. Leher

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

8. Dada

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

9. Abdomen

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

10. Genetalia

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

11. Ekstremitas

Pada Tn. S ditemukan dislokasi pada kaki kanan dan menggunakan elastis bandage pada kaki bagian kanan. Tn.S mengatakan kram pada kaki kanan dan sulit untuk digerakkan. Gerakan ekstremitas terbatas, sendi terasa kaku, serta fisik tampak lemah Kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah xxxx/1111. Terdapat tremor pada ekstremitas bawah, rentang gerak terbatas, Reflek bisep +/+, reflek trisep +/+.

12. Sistem Neurologis

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

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

NII : Lapang pandang +/+

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

NV : Reflek kornea langsung

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

NIX, NX : gerakan ovula simetris, reflek menelan +

NXI : sternokleidomastoid terlihat

NXII : Lidah simetris.

3.1.5 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

Tn. S pasien dengan resiko jatuh tinggi dikarenakan pasien membutuhkan bantuan total dalam melakukan kebutuhan ADL

3.1.6 Pengkajian Psikososial

Hubungan Tn. S dengan teman sekamar cukup baik. Tn. S mengatakan hanya mengenali teman sekamarnya saja dikarenakan Tn. S tidak mampu untuk berpindah dari tempat tidurnya sehingga Tn. S tidak pernah keluar kamar dan hanya berinteraksi dengan teman sekamarnya saja.

3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Pada Tn.S ditemukan bahwa Tn. S terjatuh dan kakinya terkilir ketika ia sedang berjualan soto sehingga Tn. S tidak mampu lagi untuk berjalan. Tn. S makan

3x sehari dengan porsi habis. Tn. S minum sekitar \pm 2000cc/hari. Tn. S mengatakan sulit tidur di malam hari, terkadang baru dapat tertidur pada pukul 02.00 dini hari dan bangun pukul 06.00 WIB. Tn. S juga tidak pernah tidur siang. Untuk frekuensi BAK Tn. S sebanyak 5-6x/hari, dan untuk BAB 1x/2hari. Tn. S menggunakan pampers dikarenakan Tn. S tidak mampu untuk melakukan toileting secara mandiri dan membutuhkan bantuan total. Tn. S mandi dengan cara di seka sebanyak 2x/hari dengan bantuan perawat. Memakai minyak kayu putih, bedak, dan mengganti pakaian 1x/hari.

3.1.8 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

Luas bangunan di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya sekitar 2.887 m² dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genting, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai dan kamar baik. Ventilasi sekitar 15 % dari luas bangunan dengan pencahayaan baik. Terdapat pula perabotan yang cukup baik dan lengkap. Menggunakan air PDAM dan membeli air minum berupa air mineral. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan terdapat petugas kebersihan lingkungan. Sirkulasi udara juga baik. Kondisi ruangan yang di tempati oleh Tn. S juga bersih, sirkulasi udara cukup baik, pencahayaan cukup di siang dan malam hari, lantai kamar mandi tidak licin dan terdapat pegangan pada dinding kamar mandi.

2. Fasilitas

Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya terdapat beberapa fasilitas sarana dan prasarana di antaranya :

- 1) Post Satpam
- 2) Ruang KUPTD
- 3) Parkiran
- 4) Ruang Makan
- 5) Mushola
- 6) Ruang Laundry
- 7) Toilet
- 8) Ruang Klinik
- 9) Ruang Aula
- 10) Gudang
- 11) Ruang Sekretariat
- 12) Ruang Linen
- 13) Lapangan
- 14) Taman
- 15) Ruang Tv

Selain sarana dan prasarana terdapat beberapa kamar antara lain :

- 1) Kamar Melati
- 2) Kamar Wijaya Kusuma
- 3) Kamar Tulip
- 4) Kamar Kamboja
- 5) Kamar Kenanga

- 6) Kamar Seruni
 - 7) Kamar Sedap Malam
 - 8) Kamar Dahlia
 - 9) Kamar Bougenvaille
 - 10) Kamar Teratai
 - 11) Kamar Mawar
 - 12) Kamar Anggrek
 - 13) Kamar Lavender
 - 14) Kamar Asoka
 - 15) Kamar Matahari
3. Kegiatan
- Adapun kegiatan rutin di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya sebagai berikut :
- 1) Pemeriksaan aktivitas kegiatan sehari-hari (daily living).
 - 2) Pemeriksan status gizi (pemeriksaan BB dan TB).
 - 3) Pengukuran tekanan darah.
 - 4) Pemeriksaan GDA, asam urat, dan kolestrol.
 - 5) Rujukan ke Puskesmas Kebonsari, RSUD Dr. Soewandhi, RS MM, RSU Haji, dan RSUD Dr. Soetomo, RSI Jemursari, RS Husada Utama.
 - 6) Penyuluhan dari Puskesmas Kebonsari dan mahasiswa praktik di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
 - 7) Pemberian makanan 3x sehari dan PMT (Pemberian Makanan Tambahan) 1x sehari

- 8) Kegiatan Olahraga : senam pagi setiap hari, jika terdapat bakti sosial maka tidak ada senam.
- 9) Kegiatan rekreasi diadakan 1 tahun sekali.
- 10) Bimbingan kerohanian.

3.1.9 Pengkajian Afektif Geriatri Depression Scale

Pada Tn.S didapatkan bahwa Tn. S memiliki skor 3 maka dapat disimpulkan bahwa Tn. S masuk dalam kategori tidak ada depresi.

3.1.10 Pengkajian Status Nutrisi

Pada Tn. S didapatkan bahwa Tn. S makan 3x sehari dengan jenis nasi, lauk, sayur, dan buah. Tn. S selalu habis 1 porsi setiap kali makan dan nafsu makan sangat baik serta tidak mengalami keluhan mual

3.1.11 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga

Pada pengkajian status sosial didapatkan bahwa Tn.S mampu berinteraksi dengan baik di lingkungan sekitarnya, mampu mengenali teman yang sekamar dengan Tn. S dan mampu memecahkan masalah dengan baik.

3.1.12 Masalah Emosional

Pada Tn. S didapatkan bahwa pasien tidak memiliki masalah emosional serta memiliki emosi yang stabil.

3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE

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

3.1.14 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

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

3.1.15 Indeks Barthel

Pada Tn. S didapatkan skor 55 atau ketergantungan berat.

3.2 Pemeriksaan Penunjang

1. Terapi

Tabel 3.1 Tabel Terapi obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Amlodipine	0-0-1	Untuk mengurangi tekanan darah tinggi
Vitamin C	1-0-0	Untuk menjaga imunitas tubuh

3.3 Analisa Data

Tabel 3.2 Tabel Analisa data

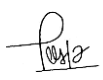
No.	Data	Penyebab	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS : Pasien mengatakan jika dirinya nyeri kepala P : Hipertensi Q : Cekot-cekot R : Kepala bagian tengah S : 5 T : Hilang timbul</p> <p>DO : Tn. S tampak meringis Tn. S tampak gelisah Tn. S mengalami pola tidur yang tidak teratur. Malam hari jam 02.00 – 06.00 WIB</p>	<p>Agen Pencidera Fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut (SDKI, D.0077 Hal 172)</p>
2.	<p>Faktor Resiko : 1) Kekuatan otot menurun 2) Usia > 65 tahun</p>	<p>Kondisi Terkait : Lansia</p>	<p>Risiko Jatuh (SDKI, D.0143, Hal.306)</p>

	3) Riwayat jatuh		
3.	<p>DS : Pasien mengatakan kakinya terasa kram dan sulit untuk digerakkan</p> <p>DO :</p> <p>1) Kekuatan otot ekstremitas bawah menurun xxxx/2222</p> <p>2) Gerakan terbatas</p> <p>3) Sendi kaku</p> <p>4) Fisik lemah</p>	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik(SDKI, D.0054, Hal.124)
4..	<p>DS : Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari dan sulit untuk dapat tidur lagi. Pasien mengatakan tidur hanya 4-5 jam dalam sehari. Tidur malam jam 02.00 – 06.00 WIB</p> <p>DO : -</p>	Kurang Kontrol Tidur	Gangguan Pola Tidur (SDKI, D.0055, Hal.126)

3.4 Prioritas Masalah

Tabel 3.3 Tabel Prioritas masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Akut b.d agen pencidera fisiologis	13 Januari 2022		
2.	Risiko Jatuh	13 Januari 2022		
3.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot	13 Januari 2022		

4.	Gangguan Pola Tidur b.d kurang kontrol tidur	13 Januari 2022		
----	--	--------------------	--	---

3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4. Tabel Intervensi keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut b.d agen pencidera fisiologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan kontrol nyeri meningkat Kriteria Hasil : 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 4. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologi meningkat 5. Keluhan nyeri menurun dari skala 5 menjadi skala 2	Manajemen Nyeri : Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri (1-10) 3. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik : 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur	1. Untuk mengetahui secara menyeluruh tentang nyeri yang dirasakan oleh pasien 2. Untuk mengetahui intensitas nyeri yang dirasakan pasien (1-10) 3. Untuk melihat respon non verbal pada pasien (wajah meringis) 4. Agar mengurangi rasa nyeri pada pasien 5. Lingkungan yang nyaman dapat meringankan rasa nyeri pada pasien

			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian analgetik, sesuai dengan advis dokter 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Jumlah jam tidur yang cukup dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien 7. Agar pasien mengetahui cara meredakan nyeri (rileksasi nafas dalam) 8. Agar pasien mampu mengontrol rasa nyeri secara mandiri 9. Penggunaan analgetik yang tepat dapat meringankan rasa nyeri
2.	Risiko Jatuh	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Jatuh tidak terjadi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Lantai kamar bersih dan tidak licin 	<p>Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor risiko jatuh sering dialami pada lansia dengan gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, defisit






			<p>(tidak terpasangnya pagar tempat tidur)</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hitung risiko jatuh menggunakan skala 4. Pasang selalu pagar pengaman di tempat tidur 5. Pastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	<p>kognitif, kekuatan otot menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mencegah resiko jatuh berkelanjutan 3. Memberikan penilaian untuk klien berisiko jatuh atau mencegah jumlah kejadian klien jatuh 4. Mencegah agar pasien tidak terjatuh kembali 5. Menghindari resiko terjadinya cedera pada pasien 6. Membantu pasien dalam melakukan mobilisasi
3.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot	Setelah dilakuan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas ektermitas bawah bagian kanan Tn. S dapat membaik.	<p>Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan oleh pasien 2. Untuk mengetahui kebiasaan yang









		<p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Gerakan terbatas menurun 5. Skor indeks barthel meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi budaya dan kebiasaan saat mandi dan BAB/BAK <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor kebersihan tubuh dan integritas kulit saat mandi dan BAB/BAK 4. Jaga privasi selama kebersihan diri dan berpakaian 5. Fasilitasi menggunakan alat bantu eliminasi 6. Modifikasi lingkungan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan dan manfaat ambulasi 8. Ajarkan ambulasi dini secara bertahap (berpindah dari tempat tidur ke kursi) 	<p>dilakukan saat mandi tau eliminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk memantau adanya masalah pada kulit lansia. 4. Untuk menjaga privasi lansia 5. Memudahkan lansia untuk melakukan eliminasi secara mandiri 6. Mencegah terjadinya cedera 7. Agar pasien memahami manfaat dari ambulasi agar sendi dan otot tidak kaku 8. Agar pasien dapat segera sembuh secara perlahan
--	--	--	--	--










4.	Gangguan Pola Tidur b.d kurang kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pola tidur membaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 4. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan tidur (misal psikologis) 5. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya (misalnya terapi musik sebelum tidur) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui pola dan jam tidur pasien selama sehari 2. Untuk mengetahui penyebab pasien mengalami kesulitan tidur 3. Agar pasien memahami pentingnya istirahat yang cukup bagi tubuh 4. Untuk mencegah terjadinya kesulitan tidur pada pasien 5. Membantu pasien agar lebih mudah untuk beristirahat atau tidur
----	--	---	--	---






3.6 Implementasi Keperawatan

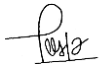






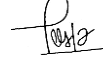
Tabel 3.5 Tabel Implementasi keperawatan







No. Dx	Hari / Tgl / Jam	Implementasi Keperawatan	Paraf	Hari / Tgl / Jam	Catatan Perkembangan SOAP	Paraf
1	13 Januari 2022 07.30 WIB	1. Mengidentifikasi nyeri yang dirasakan oleh pasien Hasil : pasien mengeluh nyeri di bagian kepala P : Hipertensi Q : Cekot-cekot R : Kepala tengah S : 5 T : Hilang timbul		13 Januari 2022 10.00 WIB	Dx 1 : Nyeri Akut S : Pasien mengatakan jika nyeri kepala P : Hipertensi Q : Cekot-cekot R : Kepala tengah S : 5 T : Hilang timbul O : - Pasien tampak meringis - Pasien terlihat gelisah - Pasien mengalami tidur yang tidak teratur A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,10	
1,3,4	08.05	2. Memberikan kolaborasi obat pagi vitamin c 250 mg				
1,3	09.05	3. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 150/100 mmHg, S : 36,4°C, N : 98x/menit				
1,3,4	10.20	4. Menganjurkan pasien untuk rileksasi nafas dalam ketika mengalami nyeri 5. Memonitor pola dan jam tidur pasien		12.20	Dx 3 : Gangguan Mobilitas Fisik S : Pasien mengatakan jika kakinya terasa kram	

4	10.35	Hasil : pasien sulit tidur di malam hari, pasien selalu terbangun di malam hari. Pasien tidak pernah tidur di siang hari. Jumlah jam tidur hanya 4-5 jam dalam sehari			O : - Kaki kanan pasien sulit untuk digerakkan - Kekuatan otot menurun. Nilai 1 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 6,7,8,9	
1,2,3,4	11.05	6. Memodifikasi lingkungan dengan nyaman		13.05		
1,3,4	11.20	7. Mengidentifikasi keluhan nyeri fisik lainnya Hasil : pasien mengatakan jika kakinya terkadang merasa kram			Dx 2 : Gangguan Pola Tidur S : Pasien mengatakan sulit tidur di malam hari dan siang hari. Pasien mengatakan tidur hanya 4-5 jam dalam sehari	
3	11.30	8. Memfasilitasi pasien untuk melakukan kebutuhan ADL seperti BAB, BAK, dan mandi			O : - Pasien tampak terjaga di malam hari - Pasien terlihat menguap di siang hari namun sulit tidur	
3	11.40	9. Mengajarkan pasien mobilisasi secara bertahap			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 4 dan 5	
3,4	12.05	10. Menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi				

1,2,3,4	14 Januari 2022	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/90 mmHg, S : 36,5°C, N : 100x/menit		14 Januari 2022	Dx 1 : Nyeri Akut	
1	14.20 14.30	2. Mengidentifikasi nyeri yang dirasakan oleh pasien Hasil : pasien masih mengeluh sedikit nyeri di bagian kepala P : Hipertensi Q : Cekot-cekot R : Kepala tengah S : 3 T : Hilang timbul		16.15	S : Pasien mengatakan jika nyeri kepala P : Hipertensi Q : Cekot-cekot R : Kepala tengah S : 3 T : Hilang timbul O : - Pasien tidak tampak meringis - Pasien terlihat gelisah - Pasien mengalami tidur yang tidak teratur	
1,3,4	14,50	3. Menganjurkan pasien melakukan rileksasi nafas dalam dan selalu rutin mengonsumsi obat darah tinggi			A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3	
4	16.05	4. Menetapkan aktivitas sebelum tidur malam seperti membaca buku		16.30	Dx 2 : Risiko Jatuh S : Pasien mengatakan pernah terjatuh dari tempat tidur	
2	16.20	5. Memastikan pagar tempat tidur selalu terpasang			O : - Pasien sulit untuk melakukan mobilisasi secara mandiri	
2	16.30	6. Memastikan jika roda tempat tidur selalu terkunci			- Pasien membutuhkan bantuan ADL	
		7. Mengajarkan mobilisasi pasien			A : Masalah belum teratasi	

2,3	17.00	dengan bertahap			P : Intervensi dilanjutkan no 5,6	
1,2,3,4	17.30	8. Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk pasien 9. Menganjurkan pasien untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk mobilisasi atau melakukan ADL		17.15	Dx 3 : Gangguan Mobilitas Fisik S : Pasien mengatakan jika kakinya terasa kram O : - Kaki kanan pasien sulit untuk digerakkan - Kekuatan otot menurun. Nilai 1	
1,2,3,4	18.00	10. Melakukan kolaborasi pemberian obat malam amlodipine 5 mg		18.45	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 7,8,9 Dx 4 : Gangguan Pola Tidur S : Pasien mengatakan sulit tidur di malam hari dan siang hari. Pasien mengatakan tidur hanya 4-5 jam dalam sehari O : - Pasien tampak terjaga di malam hari - Pasien terlihat menguap di siang hari namun sulit tidur A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 4	

1,2,3,4	15 Januari 2022 14.10 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/95 mmHg, S : 36,2°C, N : 99x/menit		15 Januari 2022 15.00 WIB	Dx 1 : Nyeri Akut S : Pasien mengatakan jika nyeri kepala P : Hipertensi Q : Cekot-cekot R : Kepala tengah S : 2 T : Hilang timbul	
1	14.30	2. Mengidentifikasi nyeri yang dirasakan oleh pasien Hasil : pasien masih mengeluh sedikit nyeri di bagian kepala P : Hipertensi Q : Cekot-cekot R : Kepala tengah S : 2 T : Hilang timbul			O : - Pasien tidak tampak meringis - Pasien terlihat gelisah - Pasien mengalami tidur yang tidak teratur, 4-5 jam dalam sehari A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,10	
1,3,4	15.00	3. Menganjurkan pasien melakukan rileksasi nafas dalam dan selalu rutin mengonsumsi obat darah tinggi				
3	16.35	4. Menetapkan aktivitas sebelum tidur malam seperti membaca buku		16.05	Dx 2 : Risiko Jatuh S : Pasien mengatakan pernah terjatuh dari tempat tidur	
4	17.10	5. Menetapkan jadwal jam tidur setiap hari			O : - Pasien sulit untuk melakukan mobilisasi secara mandiri	
2	17.25	6. Memastikan pagar tempat tidur selalu terpasang			- Pasien membutuhkan bantuan perawatan total untuk ADL	
		7. Memastikan jika roda tempat				

1,2,3,4	17.30	tidur selalu terkunci 8. Mengajarkan mobilisasi pasien dengan bertahap			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 6, 7	
1,2,4	17.45	9. Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk pasien 10. Menganjurkan pasien untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk mobilisasi atau melakukan ADL	 	17.20	Dx 3 : Gangguan Mobilitas Fisik S : Pasien mengatakan jika kakinya terasa kram O : - Kaki kanan pasien sulit untuk digerakkan - Kekuatan otot menurun. Nilai 1	
1,2,3,4	18.10	11. Melakukan kolaborasi pemberian obat malam amlodipine 5 mg		17.40	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 8,9,10 Dx 4 : Gangguan Pola Tidur S : Pasien mengatakan sulit tidur di malam hari dan siang hari. Pasien mengatakan tidur hanya 4-5 jam dalam sehari O : - Pasien tampak terjaga di malam hari - Pasien terlihat menguap di siang hari namun sulit tidur A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no 4,5	

BAB 4

PEMBAHASAN

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

Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan diagnosa medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan yaitu sebagai berikut :

4.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa secara langsung pada pasien, melakukan observasi, serta melakukan pemeriksaan fisik secara nyata. Pengkajian yang dilakukan secara langsung dengan konsep tinjauan kasus biasanya jarang ditemukan adanya kesenjangan.

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan, pasien bernama Tn. S bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin laki-laki. Pasien berusia 66 tahun dan beragama Islam. Pasien sudah menikah dan memiliki 4 orang anak. Pendidikan terakhir pasien SMP. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya selama ± 1 tahun. Pekerjaan pasien dahulu ialah penjual soto ayam namun pasien sudah berhenti berjualan dikarenakan kakinya yang terkilir sehingga pasien sulit untuk berjalan kembali. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2019. Menurut penelitian (Puspita & Fitriani, 2021), mengatakan usia merupakan salah

satu faktor resiko hipertensi, yang biasanya terjadi pada usia 60 tahun atau usia lansia. Kejadian hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia dan disebabkan oleh perubahan alami dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah, dan hormon. Pada orang tua atau lansia sensitivitas pengatur tekanan darah yaitu *reflex baroreseptor* mulai menurun yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah seiring bertambahnya usia.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Didapatkan data bahwa Tn. S mengeluh nyeri kepala dengan skala 5 akibat dari adanya riwayat hipertensi. Menurut (Soetrisno, 2015), menyebutkan nyeri kepala pada pasien hipertensi memiliki ciri-ciri seperti nyeri kepala yang terasa berat. Hal ini sesuai dengan pengkajian yang didapatkan dari Tn. S dengan hasil tekanan darah 150/100 mmHg.

Nyeri kepala berasal dari meningkatnya aliran darah pada pembuluh darah di otak. Proses ini menyebabkan penyempitan pembuluh darah yang merupakan alasan utama seseorang mengalami nyeri kepala dan hal ini juga menyebabkan peningkatan tekanan darah atau hipertensi. Nyeri kepala dikarenakan kerak pada pembuluh darah atau aterosklerosis sehingga elastisitas kelenturan pada pembuluh darah menurun. Aterosklerosis tersebut mengakibatkan spasme pada pembuluh darah (arteri), sumbatan dan penurunan O₂ (oksigen) yang akan berujung pada nyeri kepala atau distensi dari struktur di kepala atau leher (Pazos, 2014).

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada Tn. S mengalami cedera pada kaki sebelah kanan sehingga Tn. S tidak dapat berjalan kembali dan harus mendapatkan perawatan dengan bantuan total. Cedera atau injury merupakan suatu kerusakan pada struktur atau fungsi tubuh yang di karenakan paksaan tekanan suatu fisik, kesalahan teknis, benturan atau aktifitas fisik yang melebihi beban latihan. Adanya cedera dapat mengakibatkan penurunan kekuatan otot sehingga seseorang tidak mampu untuk melakukan aktivitas secara mandiri. (Kusuma & Surakarta, 2021).

Cedera yang dialami oleh Tn. S dikarenakan seringnya ia berkeliling untuk berjualan soto ayam dan mendorong beban yang cukup berat sehingga terjadi kesalahan teknis atau *human error* sehingga kaki pada Tn. S mengalami cedera atau terkilir. Oleh karena itu, Tn. S tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan ADL dan membutuhkan bantuan perawat dalam melakukan aktivitas sederhana seperti mobilisasi serta perawatan kebersihan diri.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Didapatkan bahwa pada Tn. S yang berusia 66 tahun memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2019. Menurut penelitian (Puspita & Fitriani, 2021) usia merupakan salah satu faktor risiko hipertensi, yang biasanya terjadi pada usia 60 tahun atau usia lansia. Hal ini sesuai dengan data pengkajian yang dilakukan pada Tn. S yang berusia 66 tahun.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang dapat digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Tn. S.

Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan *Head to Toe* seperti tersebut dibawah ini :

1. Kepala

Pada kepala tidak terdapat oedema, tidak terdapat nyeri tekan, rambut bersih dan dominan berwarna putih. Tn. S mengatakan jika nyeri kepala dan tampak meringis.

P : Hipertensi

Q : Cekot-cekot

R : Kepala bagian tengah

S : 5

T : Hilang timbul

Menurut (Puspita & Fitriani, 2021) nyeri kepala hipertensi merupakan tanda yang umum dialami pada lansia dimana pada usia tersebut kondisi dan kemampuan fungsi tubuh mengalami penurunan. Nyeri kepala yang terjadi pada pasien hipertensi disebabkan karena kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah. Bila pembuluh darah menyempit maka aliran arteri akan terganggu. Pada jaringan yang terganggu akan terjadi penurunan O₂ (oksigen) dan peningkatan CO₂ (karbondioksida) kemudian terjadi metabolisme anaerob dalam tubuh yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak (Aspiani, 2016).. Hal ini sesuai dengan data pemeriksaan fisik pada Tn. S yang mengalami nyeri kepala dengan skala 5.

2. Muskuluskeletal

Pada Tn. S ditemukan dislokasi pada kaki kanan dan menggunakan elastis bandage pada kaki bagian kanan. Tn.S mengatakan kram pada kaki kanan ketika digerakkan. Kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah xxxx/1111. Terdapat tremor pada ekstremitas bawah kanan, serta rentang gerak terbatas.

Kram kaki yang dirasakan oleh Tn, S disebabkan karena ujung tulang yang mengalami perubahan dari posisi tulang yang normal sehingga artikulasi sendi hilang dan menyebabkan Tn. S sulit untuk berjalan normal kembali. Hal ini menyebabkan Tn. S memiliki resiko jatuh yang tinggi.

3. Status Fisiologis

Fase lansia membawa perubahan pada sebagian organ di dalam tubuh dikarenakan semakin menuanya umur seseorang. Salah satu dampak proses menua yang lazim terjadi adalah perubahan pola tidur yang merupakan salah satu batasan karakteristik terjadinya insomnia. Seorang lansia akan lebih sering terjaga pada malam hari sehingga total waktu tidur malamnya berkurang. Dampak tekanan darah juga mempengaruhi tidur pada pasien hipertensi. Apabila tidur mengalami gangguan, maka tidak terjadi penurunan tekanan darah saat tidur sehingga akan meningkatkan resiko terjadinya hipertensi yang berujung pada penyakit kardiovaskuler (Andriyani., 2015).

Hal ini sejalan dengan pengkajian yang dilakukan pada Tn. S yaitu Tn. S mengatakan jika mengalami gangguan pada pola tidurnya di malam hari. Tn. S mengatakan jika baru dapat tertidur pada pukul 02.00 malam dan terbangun pukul

06.00 WIB. Penyebab dari gangguan pola tidur pada Tn. S dikarenakan nyeri yang dirasakan pada kepala yang terkadang muncul di malam hari.

4. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan tekanan darah pada Tn. S didapatkan hasil 150/100 mmHg. Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah keadaan dimana tekanan sistolik ≥ 140 mmHg dan atau diastolik ≥ 90 mmHg.(Kemenkes RI., 2019). Jenis kelamin dapat berpengaruh terhadap terjadinya hipertensi. Pria mempunyai resiko 2,3 kali lebih banyak mengalami peningkatan tekanan darah sistolik di bandingkan dengan wanita karena pria cenderung memiliki gaya hidup yang cenderung meningkatkan tekanan darah. namun beda lagi dengan wanita yang memasuki masa menopause, prevalensi hipertensi pada wanita akan meningkat setelah usia 65 Tahun, hal tersebut terjadi akibat faktor hormonal.(Kemenkes RI., 2019)

4.2 Pengkajian Konsep Lansia

Pada pemeriksaan keseimbangan pada Tn. S menggunakan tabel Barthel didapatkan interpretasi skor 55 atau ketergantungan berat. Dimana Tn. S hanya mampu untuk melakukan makan secara mandiri dan untuk kebutuhan mandi, pemeliharaan kesehatan, kontrol BAB dan BAK, serta ambulasi atau transfer dari bed ke kursi, Tn. S membutuhkan bantuan dari orang lain atau perawat.

4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan gerontik menurut Sakit (2020) yaitu sebagai berikut :

1. Penurunan curah jantung
2. Nyeri akut
3. Intoleransi aktivitas
4. Resiko cidera

5. Defisit pengetahuan

6. Ansietas

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. S, didapatkan data subjektif dan objektif yang sesuai dengan 4 diagnosa berdasarkan buku Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia (2017), sebagai berikut :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis
2. Risiko jatuh
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

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

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

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

Pada pengkajian Tn. S didapatkan data tanda dan gejala mayor yang muncul adalah pasien mengeluh nyeri dengan skala 5, pasien juga tampak gelisah, serta sulit tidur di malam hari. Nyeri kepala akan timbul disaat bangun tidur di pagi hari dan

ketika malam hari. Oleh karena itu penulis mengambil diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.

2. Risiko Jatuh

Menurut SDKI (2017), risiko jatuh yaitu berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Adapun faktor resiko antara lain : usia > 65 tahun pada dewasa, dan < 2 tahun pada anak, riwayat jatuh, anggota gerak bawah prostetis (buatan), penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman (mis. Licin, gelap, lingkungan asing), kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan (mis. Katarak), neuropati, efek agen farmakologis. Dan beberapa kondisi klinis terkait yaitu osteoporosis, kejang, penyakit sebrovaskuler, katarak, glaukoma, demensia, hipotensi, amputasi, intoksikasi, serta preeklampsi.

Pada Tn. S didapatkan tanda dan gejala yaitu adanya riwayat jatuh ketika Tn. S berkeliling berjualan soto sehingga mengakibatkan kakinya terkilir dan tidak dapat berjalan kembali. Tn. S mengatakan kram pada kaki sebelah kanan sehingga kekuatan otot menurun menjadi xxxx/1111. Faktor risiko yang lain yaitu Tn. S yang sudah berusia 66 tahun termasuk lansia sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan risiko jatuh.

3. 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, 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.S didapatkan data tanda dan gejala mayor mengeluh jika kaki kanan terasa kram dan sulit untuk digerakkan, kekuatan otot ekstremitas bawah menurun xxxx/1111, serta sulit untuk melakukan ROM pada ekstremitas bawah. Disertai dengan tanda dan gejala minor seperti gerakan terbatas serta kondisi fisik yang lemah sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Menurut SDKI (2017), gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah dan mengeluh istirahat tidak cukup. Disertai tanda dan gejala minor meliputi : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

Pada Tn. S didapatkan data tanda dan gejala seperti mengeluh sulit tidur terutama di malam hari, mengeluh sering terjaga dikarenakan Tn. S baru dapat tertidur ketika pukul 02.00 dan bangun pukul 06.00 WIB. Dengan ditemukannya data tersebut maka penulis mengambil diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

4.4 Tujuan dan Intervensi Keperawatan

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

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

Tindakan keperawatan : 13 Januari – 15 Januari 2022

Penyusunan perencanaan bertujuan agar kemampuan Tn. S dalam mengontrol nyeri meningkat setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. Dengan kriteria hasil : melaporkan nyeri terkontrol meningkat, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologi meningkat, dan keluhan nyeri menurun.

Rencana keperawatan pada Tn. S dengan nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis diantaranya yaitu mengidentifikasi lokasi, skala, karakteristik, kualitas, frekuensi, dan respon nyeri secara nonverbal, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik rileksasi nafas dalam, mengontrol lingkungan pasien yang dapat memperberat rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, serta menganjurkan menggunakan obat analgetik secara tepat. Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang

menunjang nyeri. Teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama (Aini & Reskita, 2018).

Berdasarkan pernyataan diatas maka penulis menganjurkan pasien cara memonitor nyeri secara mandiri menggunakan teknik rileksasi nafas dalam, mengontrol lingkungan sekitar pasien yang dapat memperberat rasa nyeri misalnya seperti adanya intensitas cahaya, dan kebisingan, serta menggunakan analgetik dengan tepat.

2. Risiko Jatuh

Tindakan keperawatan : 13 Januari – 15 Januari 2022

Penyusunan perencanaan pada Tn. S bertujuan untuk mencegah terjadinya jatuh pada lansia setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. Dengan kriteria hasil : jatuh dari tempat tidur menurun.

Rencana keperawatan pada Tn. S dengan risiko jatuh meliputi mengidentifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan resiko jatuh (mis. tidak terpasangnya pagar tempat tidur pasien), menghitung resiko jatuh menggunakan skala, memasang pagar pengaman di tempat tidur pasien, memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci, dan menganjurkan pasien untuk memanggil bantuan perawat jika membutuhkan sesuatu.

Berdasarkan pernyataan tersebut maka penulis memberi rencana intervensi pada pasien yaitu selalu mengidentifikasi faktor lingkungan sekitar yang dapat meningkatkan risiko jatuh, seperti tidak terpasangnya pagar tempat tidur, selain itu memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci, dan menganjurkan pasien untuk memanggil perawat apabila membutuhkan bantuan khususnya ketika melakukan kebutuhan ADL atau mobilisasi.

3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tindakan keperawatan : 13 Januari – 15 Januari 2022

Penyusunan perencanaan pada Tn. S bertujuan agar Tn. S dapat melakukan mobilisasi menggunakan kaki sebelah kanan setelah mendapatkan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. Dengan kriteria hasil : pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, gerakan terbatas menurun, dan skor indeks barthel meningkat.

Rencana keperawatan yang akan dilakukan pada Tn. S dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot meliputi mengidentifikasi adanya keluhan nyeri fisik yang lain, memfasilitasi pemenuhan kebutuhan mandi , BAB/BAK, mengidentifikasi budaya dan kebiasaan saat mandi dan BAB/BAK, memonitor kebersihan tubuh dan integritas kulit pada lansia saat mandi dan BAB/BAK, memfasilitasi menggunakan alat bantu eliminasi. Menurut Rohaedi, slamet (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 memberikan intervensi kepada Tn. S berupa memfasilitasi kebutuhan eliminasi seperti BAB/BAK, memfasilitasi pemeliharaan kesehatan seperti mandi, dan memfasilitasi penggunaan alat bantu eliminasi, serta memfasilitasi pasien transfer dari bed ke kursi roda. Namun untuk kebutuhan makan, Tn. S dapat melakukannya secara mandiri

4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Tindakan keperawatan : 13 Januari – 15 Januari 2022

Penyusunan perencanaan pada Tn. S dengan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur bertujuan agar pola tidur kembali membaik setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam. Dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun dan keluhan isirahat tidak cukup menurun.

Rencana asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur meliputi mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi beberapa faktor yang dapat mengganggu tidur (mis. Faktor psikologis), menjelaskan pentingnya tidur selama sakit, mengajarkan relaksasi otot autogenik atau rileksasi nafas dalam atau cara nonfarmakologis lainnya seperti terapi musik. Apabila teknik terapi nafas dalam dilakukan pada pasien yang memiliki kualitas tidur yang buruk, mereka akan benar-benar merasa rileks sehingga dapat membantu memasuki kondisi tidur, karena dengan cara mengendurkan otot-otot secara sengaja akan membuat suasana hati menjadi lebih tenang dan juga lebih santai. Dengan keadaan rileks dan otot-otot yang kendur dapat memberikan kenyamanan sebelum tidur sehingga lanjut usia dapat memulai tidur dengan mudah (Likah, 2008 dalam Cahyaningsih, 2016)

Berdasarkan pernyataan diatas maka penulis memberi intervensi dukungan dengan melakukan relaksasi otot autogenik atau menggunakan rileksasi nafas dalam, hal ini dapat membantu lansia lebih rileks dan mudah cepat tidur.

4.4 Implementasi

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Dimana dalam melakukan tindakan keperawatan tidak dilakukan secara sendiri namun juga dibantu oleh perawat di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

Implementasi yang dilakukan pada Tn. S dengan nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis diantaranya mengidentifikasi lokasi, skala, karakteristik, kualitas, frekuensi, dan respon nyeri secara nonverbal pada pasien, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik rileksasi nafas dalam, mengontrol lingkungan pasien yang dapat memperberat rasa nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, serta menganjurkan menggunakan obat analgetik secara tepat.

Berdasarkan implementasi diatas penulis berfokus pada cara mengontrol nyeri dengan teknik nonfarmakologis atau menggunakan rileksasi nafas dalam. Selama pemberian implementasi kepada pasien, Tn. S mengungkapkan telah memahami cara mengontrol nyeri menggunakan teknik nonfarmakologis dan mampu untuk mempraktekkannya.

2. Risiko Jatuh

Implementasi keperawatan pada Tn. S dengan risiko jatuh meliputi mengidentifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan resiko jatuh (mis. tidak terpasangnya pagar tempat tidur pasien), menghitung resiko jatuh menggunakan skala, memasang pagar pengaman di tempat tidur pasien,

memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci, dan menganjurkan pasien untuk memanggil bantuan perawat jika membutuhkan sesuatu.

Berdasarkan implementasi diatas hampir semua implementasi telah terlaksana oleh petugas di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, namun karena keterbatasan jumlah petugas dengan jumlah pasien yang lebih banyak maka terkadang hanya dapat terpantau ketika melakukan observasi secara peruangan. Namun untuk mengatasi keterbatasan tersebut, pihak panti telah memasang CCTV yang terpantau selama 24 jam.

3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Implementasi yang diberikan kepada Tn. S dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu memberi dukungan perawtan diri meliputi memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri atau mandi, BAB dan BAK, memonitor kebersihan tubuh dan integritas kulit saat melakukan mandi dan BAB/BAK, memfasilitasi menggunakan alat bantu eliminasi, mempertahankan kebiasaan kebersihan diri.

Berdasarkan implementasi diatas, hampir semua implementasi dilakukan oleh penulis seperti memfasilitasi kebutuhan mandi namun biasanya pasien hanya di seka diatas tempat tidur tanpa harus membawanya secara langsung ke kamar mandi, kebutuhan BAB/BAK dan berganti pakaian, memfasilitasi kebutuhan ROM atau ambulasi seperti melakukan miring kanan dan miring kiri pada tubuh pasien, dan menjaga kebiasaan kebersihan diri pada lansia. Namun untuk kebutuhan makan, Tn. S dapat melakukannya secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain.

4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

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

Berdasarkan implementasi diatas, semua implementasi telah dilakukan oleh perawat kepada Tn.S, namun hal yang sedikit sulit untuk dipantau adalah penetapan jadwal tidur dikarenakan pada pukul 20.30 WIB pintu kamar sudah ditutup dan lampu kamar juga sudah dalam keadaan mati, sehingga sedikit sulit untuk memantau secara langsung.

4.5 Evaluasi

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

Evaluasi pada hari ke-3 setelah pemberian intervensi terkait manajemen nyeri menggunakan teknik rileksasi nafas mampu tercapai tujuan dari intervensi yaitu Tn. S mampu mengontrol nyeri secara mandiri saat nyeri timbul. Dengan hasil Tn. S mengatakan skala nyeri berkurang yang semula skala 5 menjadi skala 2. Tn. S selalu melakukan rileksasi nafas dalam saat nyeri timbul dan mendapatkan terapi obat amlodipine 1x5 mg dalam sehari.

2. Risiko Jatuh

Evaluasi pada hari ke-3 setelah pemberian intervensi terkait pencegahan jatuh belum teratasi dikarenakan perlu adanya pemantauan secara terus menerus karena semakin menurunnya kemampuan fisik lansia. Dengan evaluasi harus memantau

setiap saat kondisi pada Tn. S dan memastikan apabila lingkungan sekitar tidak berbahaya. Selain itu, perawat juga harus selalu memenuhi kebutuhan pada Tn.S untuk meminimalisir terjadinya jatuh pada lansia.

3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Evaluasi pada pemberian intervensi pemenuhan kebutuhan perawatan diri hingga hari ke -3 didapatkan hasil Tn. S mengatakan belum dapat BAB/BAK, mandi dan berpakaian secara mandiri karena masih mungganakan perban pada bagian kakinya. Tn. S menggunakan pampers, skor indeks barthel 55 atau ketergantungan berat, Tn. S selalu memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk pemeliharaan kesehatan seperti mengganti pampers, dan tidak terdapat lesi pada bagian tubuh Tn. S,

Dengan begitu dapat disimpulkan analisa masalah teratasi sebagian dengan tetap melanjutkan intervensi pemenuhan kebutuhan pemeliharaan kesehatan seperti mandi dan kebutuhan eliminasi BAB/BAK, hingga kondisi kaki Tn. S berangsur membaik.

4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Evaluasi pemberian intervensi dukungan tidur pada Tn. S pada hari ke-3 belum teratasi dikarenakan Tn. S mengatakan jika dirinya masih sulit untuk tidur walaupun kondisi kamar sudah tenang dan lampu sudah di matikan. Tn. S mengatakan tidur malam di mulai pukul 02.00 dan bangun pagi pukul 06.00 WIB. Dan Tn. S juga mengatakan tidak dapat tidur di siang hari. Intervensi pemberian rileksasi otot autogenik tetap dilanjutkan dengan menetapkan jadwal jam tidur.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 Simpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan gerontik yang telah dilakukan oleh penulis pada Tn. S. dengan diagnosa medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

1. Saat dilakukan pengkajian tidak semua tanda dan gejala hipertensi muncul pada Tn. S. Saat pengkajian didapatkan Tn. S mengeluh nyeri pada bagian kepala dan kaki kanan juga terasa kram. Tn. S membutuhkan bantuan untuk melakukan pemeliharaan kebersihan diri seperti mandi dan BAB/BAK. Tn. S juga mengatakan jika mengalami sulit tidur di malam hari, baru dapat tertidur pada pukul 02.00 dan terbangun pada 06.00 WIB.
2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Tn. S yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis, risiko jatuh, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dimana Tn. S mengungkapkan nyeri berkurang dan dapat mengontrol nyeri secara mandiri serta terpenuhinya kebutuhan ADL pada Tn. S dikarenakan

hambatan mobilitas yang dialami Tn. S sehingga tidak mampu melakukan pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri.

4. Pada evaluasi tanggal 16 Januari 2022 didapatkan bahwa Tn. S mengatakan jika nyeri sudah berkurang dari skala 5 menjadi skala 2, namun untuk pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari masih harus mendapatkan fasilitas dikarenakan masih adanya hambatan mobilitas fisik. Tn. S belum mampu untuk tidur dengan baik dikarenakan terkadang nyeri masih sedikit muncul di malam hari dengan skala 2, sehingga terkadang Tn. S masih mengalami kesulitan untuk tidur.

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 melakukan aktivitas sendiri dan menerapkan relaksasi autogenik agar memiliki kualitas tidur lebih baik.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mampu memberi pemantauan lebih menyeluruh dan lebih sering terhadap lansia dengan risiko jatuh atau lansia dengan faktor risiko jatuh. Diharapkan perawat selalu memperhatikan kondisi lingkungan lansia untuk menghindari terjadinya cedera.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association, 2014. Heart Disease and Stroke Statistics. *AHA Statistical Update*, p. 205.
- Ardiansyah, M. 2012. *Medikal Bedah*. Yogyakarta: DIVA Press
- Aspiani, R.Y. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Trans Info Media
- Bope ET, Kellerman RD. 2017. *The Cardiovascular System*. Conn's Current Therapy. 1 st ed. Elsevier
- Buddury, S. 2019. *Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Jahe Terhadap Skala Nyeri Kepala Hipertensi Pada Lansia Di Posyandu Lansia Karang Werdha Rambutun Desa Burneh Bangkalan*. *Jurnal Kesehatan*, 5(1), 1–7.
- Cahyaningsih, A. W. (2016). *Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Kualitas Tidur Lansia Di Upt Wredha Budi Dharma Ponggalan Giwangan Umbulharjo Yogyakarta*.
- JNC-8. 2014. The Eight Report of the Joint National Commite. *Hypertension Guidelines: An In-Depth Guide*. Am J Manag Care
- Kholifah, Siti Nur. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta Selatan: Kemenkes RI.
- Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru*. Jakarta: EGC.
- Puspita Bella, Fitriani, Vol.2 No.1 (2021). *Peran Konsumsi Kopi Terhadap Kejadian Hipertensi pada Laki-Laki Usia Produktif (18-65 tahun)*. DOI: 10.23853/mjnf.2.1.13-23
- Rabelo, S. E. R., Cavalcanti, A. C. D., Caldas, M. C. R. G., Lucena, A. de F., Almeida, M. de A., Linch, G. F. da C., da Silva, M. B., & Muller-Staub, M. 2016. *Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC)*. *Journal of Clinical N*, 26, 379–387. <https://doi.org/10.1111/jocn.13387>
- Ratnawati, A. T., Amdad, A., & Nurdiati, D. S. (2018). *Upaya ibu hamil risiko tinggi untuk mencari layanan persalinan di puskesmas Waruroyo*. *BKM Journal of Community Medicine and Public Health*, 67-71.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2018. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI

- Rahaedi, Slamet. Putri, Suci., T. Kharimah, Aniq., D. (2016). Tingkat kemandirian lansia dalam activities daily living di panti sosial tresna werda senja rawi. *Jurna Keperawatan Indonesia*. Vol2, No 1.
- Suiraoaka, IP. 2012. *Penyakit Degeneratif: Mengenal, Mencegah dan Mengurangi Faktor Risiko 9 Penyakit Degeneratif*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Tim Pokja SDKI DPP, P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (II)*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Triyanto, Endang. 2014. *Pelayanan Keperawatan bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Utomo, Agus Setyo. 2019. *Status Kesehatan Lansia Berdayaguna*. Surabaya. Media Sahabat Cendekia. Diakses pada 06 Juli 2022 dari <books.google.co.id>
- World Health Organization, (WH)). 2019. *Hypertension* : WHO
- Yanita. (2017). *Berdamai dengan Hipertensi*. Jakarta : Bumi Medika.

LAMPIRAN

Lampiran 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Puspa Indah Permatasari

Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 06 September 1999

Agama : Islam

Alamat : Jl. Kebraon 2 No. 66 Karangpilang Surabaya

Email : puspaindahpermatasari9@gmail.com

No. Hp : 081514461712

Riwayat Pendidikan :

1. TK AL-Hidayah, Surabaya : Lulus tahun 2005
2. SDN Kebraon 1/436 : Lulus tahun 2011
3. SMPN 16 Surabaya : Lulus tahun 2014
4. SMA Kemala Bhayangkari I : Lulus tahun 2017
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya : Lulus tahun 2021

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Jangan biarkan mimpimu dijajah oleh pendapat orang lain”

Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan nikmat kepada saya dalam bentuk kesehatan, kekuatan, serta kesabaran untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini guna meraih gelar Ners (Ns) dengan tepat waktu.
2. Terima kasih untuk Ayah, mama, dan saudara yang telah memberikan banyak dukungan, semangat, dan doa-doa terbaik yang tidak pernah ada hentinya.
3. Terima kasih yang sebesar-besarnya untuk seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya, terutama untuk pembimbing saya Ibu Diyan Mutyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes yang selalu sabar dan selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan kepada saya.
4. Terima kasih untuk pacar saya “M. Nanang Hidayatullah” yang selalu mendampingi, menyemangati, memberi masukan dan saran, serta membantu saya dalam pelaksanaan penyusunan karya ilmiah akhir ini
5. Terima kasih untuk anggota kelompok sesama bimbingan “Arum, Andra, dan Aswinda” yang sudah mau berjuang bersama-sama dan memberi semangat satu sama lain.
6. Terima kasih untuk sahabat-sahabatku tercinta “Shonia, Fenny, Tiara, Evin, Aswinda, Nadiyah” yang saling memberikan dukungan satu sama lain.

Lampiran 3

LEAFLET RILEKSASI NAFAS DALAM

<p>Indikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami nyeri akut 2. Pasien yang mengalami stres 3. Pasien pasca operasi 4. Pasien yang mengalami kecemasan <p>Kontra indikasi</p> <p>Pasien dengan sesak nafas</p> 	<p>Definisi</p> <p>Slow Deep Breathing merupakan tindakan yang didasari untuk mengatur pernapasan secara dalam dan lambat yang dapat menimbulkan efek relaksasi. Metode bernapas yang frekuensinya bernapas kurang dari 10 kali per menit dengan fase ekshalasi yang panjang</p> <p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melemaskan otot 2. Memeberi ketenangan dan kenyamanan 3. Menjauhkan dari stres 4. Mengurangi kecemasan 	<p>Terapi Rileksasi Nafas Dalam</p> 
---	--	--

<p>Lakukan secara rutin yaa</p> 	<p>Frekuensi dilakukannya terapi</p> <p>Tetapi dilakukan setiap hari selama 10-15 menit</p> 	<p>Prosedur terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencari posisi yang paling nyaman 2. Pasien meletakkan lengan disamping pasien 3. Kaki jangan disilangkan 4. Tarik napas dalam, rasakan perut dan dada anda terangkat perlahan. 5. Rileks, keluarkan napas dengan Perlahan-lahan 6. Hitung sampai 4, tarik napas pada hitungan 1 dan 2, keluarkan napas pada hitungan ke 3 dan 4 7. Hadirkan dan Katakan mengenai pikiran negatif yang dipikirkan 8. Katakan pada diri anda "STOP" 9. Lanjutkan untuk bernafas dan rileks 10. Kepalkan disaat anda mulai mengeluarkan nafas 11. Upayakan lebih relaks
--	--	--

Lampiran 4

LEAFLET RANGE OF MOTION (ROM)

RANGE OF MOTION (ROM)



ROM adalah sejumlah pergerakan yang mungkin dilakukan pada bagian-bagian tubuh untuk menghindari adanya kekakuan sebagai dampak dari perjalanan penyakit ataupun gejala sisa.

Instruksi umum dilakukannya ROM:

- Idealnya latihan ini dilakukan sekali sehari.
- Lakukan masing-masing gerakan sebanyak 10 hitungan, latihan dilakukan dalam waktu 30 menit.
- Mulai latihan secara perlahan, dan lakukan latihan secara bertahap.
- Usahakan sampai mencapai gerakan penuh, tetapi jangan memaksakan gerakan.
- **Jangan memaksakan suatu gerakan** pada pasien, gerakan hanya sampai pada batas yang ditoleransi pasien.
- Jaga supaya tungkai dan lengan, anggota badan menyokong seluruh gerakan.
- Hentikan latihan apabila pasien merasa nyeri, dan segera konsultasikan ke tenaga kesehatan.

Macam ROM:

- **ROM pasif** : Latihan yang dilakukan dengan bantuan orang lain. ROM pasif dilakukan karena pasien belum mampu menggerakkan anggota badan secara mandiri.
- **ROM Aktif** : Pasien menggunakan ototnya untuk melakukan gerakan secara mandiri.

1. Pangkal paha dan lutut di tekuk (fleksi):



Keterangan 1: pegang kaki pasien seperti gambar, tekuk kaki ke arah dada, kemudian kembalikan seperti

posisi semula.

2. Rotasi (perputaran) pangkal paha



Keterangan 2: Dekatkan kaki pasien pada pelatih, kemudian putar ke arah dalam.

ATAU :

1. Dukung pada bawah lutut dan tumit.
2. Tekuk tegak ke arah dada (90 derajat).
3. Dorong kaki menjauhi pelatih.
4. Lalu tarik lagi mendekati pelatih.



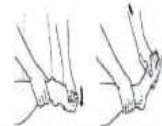
3. Gerakan pinggul menjauhi tubuh:



Keterangan 3: Tempatkan tangan kanan pelatih di bagian pergelangan kaki pasien dan tangan kiri

di bawah lutut. Tarik kaki menjauhi tubuh dan kembalikan seperti posisi semula lagi.

4. Perputaran pergelangan kaki:



Keterangan 4: Pegang pergelangan kaki pasien seperti gambar dan putar ke arah dalam.

5. Gerakan jari kaki di tekuk dan di tarik ke arah muka (fleksi dan ekstensi):



Keterangan 5: pegang jari-jari pasien dan tekuk ke arah telapak tangan dan kembalikan ke arah muka pasien.

6. Tarikan tumit:



Keterangan 6: Tarik tumit ke arah luar, dan bagian atas ke arah dalam. Kemudian ulangi ke arah yang berlawanan seperti gambar ini:



7. Perputaran daerah lumbar:



ATAU

8. Tarikan lutut:



Keterangan 8: Tarik lurus bagian kaki dan kembalikan ke posisi semula.

**GERAKAN ROM PASIF
PADA ANGGOTA GERAK
BAGIAN ATAS:**



1. Fleksi dan ekstensi bagian siku:
Keterangan 1: Pegang lengan atas dan bawah pasien, angkat lurus dan kemudian kembali ke posisi semula.



2. Fleksi dan ekstensi bahu:
Keterangan 2: luruskan dan gerakan tangan ke arah atas kemudian kembali ke posisi semula.



3. Perputaran dalam dan luar pada bahu:
Keterangan 3: Pegang tangan pasien seperti gambar, dan lakukan gerakan memutar ke dalam dan ke luar.

4. Gerakan horisontal bahu yang menjauhi sumbu tubuh. Caranya: tempatkan kedua tangan seperti gambar, pasien merasakan seperti adanya tarikan di dada.



Dilanjutkan dengan gerakan

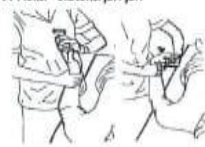
5. Rotasi (perputaran leher). Caranya: Putar leher ke kanan kemudian ke kiri, usahakan supaya leher menyentuh bahu apabila pasien mampu, tetapi kalau tidak mampu maka latihan disesuaikan kondisi pasien.



6. Gerakan menekuk leher:



7. Fleksi - ekstensi jari-jari dan pergelangan tangan:
Gerakkan jari dan pergelangan tangan ke arah



muka, kemudian berganti ke arah yang berlawanan.

8. Fleksi dan ekstensi ibu jari:



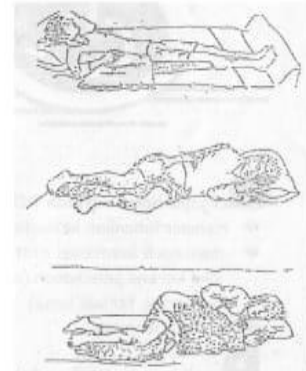
Keterangan 8: Tekuk ibu jari dan kembali seperti semula.

Kunci keberhasilan latihan:

"ketekunan dan kesabaran"
"Perlu diketahui bahwa sangat penting untuk memberikan dukungan sosial pada pasien terutama dari pihak keluarga, KARENA DENGAN DUKUNGAN MAKA PASIEN TIDAK MERASA DITINGGALKAN DAN SECARA PSIKOLOGIS AKAN MEMBERIKAN KETENTRAMAN PADA PASIEN."

**PERUBAHAN POSISI
BERBARING DI TEMPAT
TIDUR:**

Perubahan posisi dari terlentang - miring dari satu sisi ke sisi yang lain (kanan - kiri):



BAGAIMANA LAKA LATIHAN DUDUK DAN


BERJALAN...???



Lampiran 5

SOP

PENGUKURAN TEKANAN DARAH


 <p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	<p>PENGUKURAN TEKANAN DARAH</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Mengukur desakan darah pada dinding arterial</p>
<p>Tujuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kondisi jantung atau tekanan darah 2. Membantu dalam memberikan terapi 3. Mencegah terjadinya penurunan keadaan umum secara mendadak
<p>Alat dan Bahan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tensimeter 2. Stetoskop
<p>Prosedur</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Membawa alat-alat ke dekat pasien 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur pada pasien 4. Mendesinfeksi gagang stetoskop yang akan ditempelkan ke telinga dan juga mendesinfeksi diafragma stetoskop 5. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin (duduk/terlentang) 6. Meletakkan tensimeter di samping atas lengan pasien 7. Meminta pasien membuka lengan baju yang akan diperiksa 8. Memasang manset pada lengan atas kira – kira 2,5 cm diatas fossa antecubiti (jangan terlalu kuat) dan tanda panah pada manset sejajar dengan arteri brakhialis 9. Meraba arteri brakhialis dengan jari tengah dan telunjuk 10. Memakai stetoskop pada telinga, meletakkan bagian diafragma stetoskop diatas arteri brakhialis dan memegangnya dengan ibu jari atau beberapa jari 11. Menutup klep/ skrup pompa balon dengan memutar searah jarum jam dan

	<p>membuka kunci air raksa jika menggunakan tensi air raksa</p> <ol style="list-style-type: none">12. Memompa balon udara kira – kira 30 mmHg di atas titik pulsasi hilang13. Membuka skrup balon pelan – pelan (air raksa turun kira– kira 2 – 3 mmHg/ detik)14. Mendengarkan dengan seksama sambil membaca skala air raksa dimana suara denyut arteri terdengar pertama sampai menghilang (denyut pertama adalah tekanan sistolik dan suara denyut terakhir adalah suara tekanan diastolik)15. Mengempeskan dengan cepat setelah suara denyut tidak terdengar sampai air raksa pada angka nol (jika ingin mengulang pemeriksaan tunggu kira – kira 2 menit)16. Membuka manset, digulung/ dilipat yang rapi kemudian manset dan balon ditempatkan pada tempatnya, air raksa dikunci, tensimeter ditutup17. Mengatur kembali posisi pasien
--	---

Lampiran 6

SOP


RILEKSASI NAFAS DALAM

 <p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	<p>TERAPI <i>SLOW DEEP BREATHING</i> UNTUK MENGATASI NYERI</p>
<p>Pengertian</p>	<p><i>Slow deep brathing</i> adalah gabungan dari metode nafas dalam (<i>deep breathing</i>) dan napas lambat sehingga dalam pelaksanaan latihan pasien melakukan nafas dalam dengan frekuensi kurang dari atau sama dengan 10 kali permenit</p>
<p>Tujuan</p>	<p>Terapi relaksasi nafas dalam dan lambat (<i>slow deep breathing</i>) untuk mengurangi intensitas nyeri</p>
<p>Prosedur</p>	<p>Waktu yang dibutuhkan untuk memberikan terapi relaksasi <i>slow deep breathing</i> yaitu 30 menit Pelaksanaan pemberian terapi relaksasi <i>slow deep breathing</i></p> <p>1. Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Siapkan lingkungan yang nyaman dan tenang b. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan <p>2. Pelaksanaan</p> <p>a. <i>Persiapan sebelum terapi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Atur posisi klien duduk atau tidur 2) Mencuci tangan 3) Kedua tangan diletakan diatas perut <p>b. <i>Pelaksanaan</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan klien melakukan napas secara perlahan dan dalam melalui hidung dan tarik napas secara perlahan selama 3 detik, rasakan abdomen mengembang saat tarik napas. 2) Tahan napas selama 3 detik 3) Kerutkan bibir keluarkan melalui mulut dan hembuskan napas secara perlahan selama 6 detik. Rasakan abdomen bergerak kebawah 4) Ulangi langkah 1 sampai 6 selama 15 menit. 5) Dilakukan dengan frekuensi 3 kali sehari

Lampiran 7

SOP

RANGE OF MOTION

 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	<i>RANGE OF MOTION</i> (ROM)
Pengertian	Latihan gerak aktif-pasif atau range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan serta kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien. 2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak
Prosedur	Tahap Kerja Gerakan ROM : 1. Leher

	<p>Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri</p> <p>2. Lengan/pundak Angkat tangan keatas lalu kembali ke bawah, setelah itu ke samping dan ke bawah lagi</p> <p>3. Siku Dengan menekuk lengan, gerakan lengan ke atas dan kebawah.</p> <p>4. Pergelangan tangan Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping kanan dan kiri</p> <p>5. Jari Tangan Tekuk keempat jari tangan ke arah dalam lalu regangkan kembali. Kepalkan seluruh jari lalu buka. Tekuk tiap jari satu persatu.</p> <p>6. Lutut Ankat kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian diturunkan lagi. Gerakan kaki ke samping kanan dan kiri lalu putar kearah dalam dan luar.</p> <p>7. Pergelangan Kaki Tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki ke atas dan kebawah.</p> <p>8. Jika mampu berdiri lakukan gerakan badan membungkuk kemudian putar pinggang ke samping kanan dan kiri.</p>
--	---

Lampiran 8

1. Kemampuan ADL (Indeks Barthel)

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	0
2	Mandi	0	5	0
3	Makan	5	10	5
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	5
5	Naik/Turun Tangga	5	10	5
6	Berpakaian	5	10	5
7	Kontrol BAB	5	10	5
8	Kontrol BAK	5	10	5
9	Ambulasi	10	15	10
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	10
Total				50

Interpretasi:

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

2. Aspek Kognitif MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : Tahun : Hari: Musim : Bulan: Tanggal :
2	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada ? Negara: Indonesia Panti : Werdha Propinsi: Jawa Timur

				Wisma: Kenanga Kabupaten/kota : Surabaya
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal :kursi, meja, kertas),kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2).Meja 3).Buku
4	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	8	Menanyakan pada klien tentang benda (sambilmenunjukkan benda tersebut). 1). Bulpen 2). Buku 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : tidak ada, dan, jika, atau tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri3 langkah. 4). Ambil kertas ditangan anda5). Lipat dua 5) Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitassesuai perintah nilai satu poin.

				6)“Tutup mata anda” 7) Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 8) Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk
Total			29	

Interpretasi hasil :**24-30 : Tidak ada gangguan kognitif**

18-23 : Gangguan kognitif sedang

0-17 : Gangguan kognitif berat

3. Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
√		1	Tanggal berapa hari ini ?
√		2	Hari apa sekarang ?
√		3	Apa nama tempat ini ?
√		4	Dimana alamat anda ?
√		5	Berapa umur anda ?
√		6	Kapan anda lahir ?
√		7	Siapa presiden Indonesia ?
√		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
√		9	Siapa nama ibu anda ?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
Salah: 0			

Interpretasi hasil :**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

4. Tes Keseimbangan (Time up Go Test)

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1	13 Januari 2022	> 30 detik
2		
3		
Rata-rata Waktu TUG		> 30 detik
Interpretasi Hasil		Membutuhkan bantuan dalam melakukan mobilisasi dan ADL

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

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

5. Pengkajian Depresi (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	0
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	0
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	1
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	1
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	0
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	0
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	0
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	1
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	1
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	0
Jumlah				4

Interpretasi :

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

Keterangan: Tidak Depresi**6. Status Nutrisi**

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

Interpretasi: (Yang di centang aja yang dijumlah)

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk

7. Fungsi Sosial Lansia (APGAR KELUARGA)

APGAR Keluarga			
No.	Fungsi	Uraian	Skor
1.	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya.	2
2.	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.	2
3.	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru.	2
4.	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih, dan mencintai.	2
5.	Pemecahan	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan menyediakan waktu bersama-sama.	2
Total Nilai			10

Kategori Skor:

Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab:

- 1). Selalu : skor **2**
- 2). Kadang-kadang : skor **1**
- 3). Hampir tidak pernah : skor **0**

Intepretasi:

- < 3 = Disfungsi berat
- 4 - 6 = Disfungsi sedang
- > 6 = Fungsi baik

Lampiran 9

PENGKAJIAN EKSPRESI NYERI

