

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. S MASALAH
UTAMA GANGGUAN RASA NYAMAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
HIPERTENSI DI UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN
SURABAYA**



Oleh:

NADIYAH FITHRIYANI, S. Kep
NIM. 213.0003

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. S MASALAH
UTAMA GANGGUAN RASA NYAMAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
HIPERTENSI DI UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



Oleh:

NADIYAH FITHRIYANI, S. Kep
NIM. 213.0003

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 06 Juli 2022



Nadiyah Fithriyani, S. Kep
NIM.213.0003

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Nadiyah Fithriyani

NIM : 213.0003

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S Masalah Utama Gangguan Rasa Nyaman dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

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

NERS (Ns.)

Surabaya 06 Juli 2022

Pembimbing Institusi

Pembimbing Lahan



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



Didik Dwi Winarno, S. Kep., Ns., M. Kkk
NIP. 198707122010011008

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 6 Juli 2022

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Nadiyah Fithriyani

NIM : 213.0003

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S Masalah Utama Gangguan Rasa Nyaman dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

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

Penguji Ketua : Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M. Kes
NIP. 03007

Penguji 1 : Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M. Kep
NIP. 03009

Penguji 2 : Didik Dwi Winarno, S.Kep., Ns., M.Kkk
NIP. 198707122010011008



Mengetahui,
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners
Stikes Hang Tuah Surabaya

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 6 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

- 1 Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
- 2 Puket 1, puket 2, puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas untuk menyelesaikan Program Studi Profesi Ners.
- 3 Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners dan pembimbing institusi yang selalu memberikan dorongan dan bimbingan penuh dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
- 4 Bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep., Ns., M. Kkk, selaku Kepala UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya dan pembimbing lahan serta penguji 3, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
- 5 Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes, selaku Penguji Ketua, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
- 6 Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh

tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.

- 7 Tn. S adalah lansia selaku klien yang bersedia diberikan asuhan keperawatan gerontik, yang telah kooperatif dalam pelaksanaannya.
- 8 Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
- 9 Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT mem balas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 06 Juli 2022



Nadiyah Fithriyani
NIM.213.0003

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
Kata Pengantar	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Karya	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Penyakit Hipertensi	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Patofisiologi Hipertensi	10
2.1.4 Klasifikasi	12
2.1.5 Manifestasi Klinis	13
2.1.6 Komplikasi	15
2.1.7 Pemeriksaan penunjang	16
2.1.8 Penatalaksanaan Medis	17
2.2 Konsep Dasar Lanjut Usia	18
2.2.1 Pengertian Lansia	18
2.2.2 Batasan Lanjut Usia	18
2.2.3 Proses Menua (<i>Aging Process</i>)	18
2.2.4 Ciri-Ciri Lanjut Usia	19
2.2.5 Perubahan Fisiologis Pada Lanjut Usia	22
2.2.6 Perubahan Psikologis Pada Lansia	24
2.3 Konsep Rasa Nyaman	25
2.3.1 Definisi Kenyamanan	25
2.3.2 Teori Kenyamanan Kolcaba	26
2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kenyamanan	28
2.3.4 Gangguan Rasa Nyaman	29

2.4 Asuhan Keperawatan	30
2.4.1 Pengkajian Berbasis Teori Kenyamanan Kolcaba	30
2.4.2 Pengkajian Keperawatan	31
2.4.3 Diagnosa keperawatan	35
2.4.4 Intervensi Keperawatan	37
2.4.5 Implementasi	44
2.4.6 Evaluasi	44
2.5 Kerangka Masalah / WOC	45
2.6 Literatur Review Gangguan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi	46
BAB 3 TINJAUAN KASUS	48
3.1 Pengkajian Keperawatan	48
3.1.1 Identitas Pasien	48
3.1.2 Riwayat Kesehatan	49
3.1.3 Status Fisiologi	49
3.1.4 Pemeriksaan Fisik (<i>Head to toe</i>)	49
3.1.5 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia	51
3.1.6 Pengkajian Psikososial	51
3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan	52
3.1.8 Pengkajian Lingkungan	52
3.1.9 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck	53
3.1.10 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga	53
3.1.11 Masalah Emosional	53
3.1.12 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ	53
3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE	54
3.1.14 Indeks Barthel	54
3.1.15 Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ	54
3.2 Pemeriksaan Penunjang	54
3.3 Analisa Data	55
3.4 Prioritas Masalah	57
3.5 Intervensi Keperawatan	58
3.4 Tindakan keperawatan dan Catatan Perkembangan	59
BAB 4 PEMBAHASAN	64
4.1 Pengkajian	64
4.1.1 Identitas	64
4.1.2 Riwayat Kesehatan	65
4.1.3 Pemeriksaan Fisik	66
4.2 Pengkajian Konsep Lansia	68
4.3 Diagnosa Keperawatan	69
4.4 Tujuan dan Intervensi Keperawatan	72
4.5 Implementasi	76
4.6 Evaluasi	78
BAB 5 SIMPULAN	81
5.1 Simpulan	81

5.2 Saran	82
DAFTAR PUSTAKA	83
LAMPIRAN	86

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Struktur Taksonomi Kenyamanan	31
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	37
Table 3.1 Pemberian Terapi Obat	54
Table 3.2 Analisa Data	55
Table 3.3 Prioritas Masalah	56
Table 3.4 Intervensi Keperawatan Tn. S	57
Table 3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan	59

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Pada Teori Kenyamanan Kolcaba	26
Gambar 2.2 Kerangka Masalah / WOC	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	77
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	78
Lampiran 3 Tes Keseimbangan Untuk Lansia (Time Up Go Test)	79
Lampiran 4 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck	80
Lampiran 5 Pengkajian Status Sosial	81
Lampiran 6 Tingkat Kerusakan Intelektual	82
Lampiran 7 Identifikasi Aspek Kognitif	84
Lampiran 8 Indeks Katz	86

DAFTAR SINGKATAN

TUG : Time Up Go Test

SPMSQ : Short Portable Mental Status Quesioner

MMSE : Mini Mental Status Exam

KEMENKES: Kementrian Kesehatan

WHO : World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi atau tekanan darah tinggi sering disebut sebagai *silent killer* (diam-diam mematikan) karena merupakan penyakit fatal tanpa gejala yang memperingatkan korbannya (Mujiran, 2019). Seseorang yang terkena hipertensi biasanya akan merasakan gejala-gejala seperti sakit kepala bagian belakang, kaku pada leher, mudah lelah, gangguan penglihatan, dan ada pula yang tidak bergejala (Fitri Tambunan et al., 2021). Hipertensi atau tekanan darah tinggi ini apabila dibiarkan terus-menerus dapat menjadi suatu ancaman bagi kesehatan masyarakat karena berpotensi timbulnya komplikasi seperti stroke, penyakit jantung koroner, dan gagal ginjal (Kemenkes RI, 2019). Seiring bertambahnya usia, fungsi organ dan fungsi hemodinamik dalam tubuh ikut mengalami penurunan. Salah satunya adalah menurunnya elastisitas dinding pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan tahanan pembuluh darah kapiler sehingga dapat menaikkan tekanan darah. (Astuti et al., 2021). Pasien dengan hipertensi akan mengalami tanda dan gejala gangguan rasa nyaman, gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (100-artikel). Masalah keperawatan yang dapat muncul pada lansia dengan Hipertensi, antara lain nyeri akut, intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur, risiko jatuh, defisit pengetahuan, ansietas (Nurarif, 2015).

Data WHO pada tahun 2021 mengatakan bahwa prevalensi hipertensi secara global sebesar 1,28 juta diantaranya umur 30-79 tahun dari total penduduk dunia.

Hasil Riskesdas 2018 proporsi terbesar angka kejadian hipertensi di Indonesia terjadi pada kelompok usia 75 tahun keatas sebesar 69,5%. Berdasarkan data Riskesdas Jawa Timur tahun 2018, proporsi terbesar angka kejadian hipertensi di Provinsi Jawa Timur terjadi pada kelompok usia 75 tahun keatas sebesar 67,7% (Riskesdas Jatim, 2018). Capaian pelayanan kesehatan penderita hipertensi yang berusia 15 tahun keatas di Kota Surabaya pada tahun 2020 sebesar 84% (Kementerian Kesehatan, 2016). Saat melakukan pengambilan data pada bulan Januari 2022 di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, didapatkan 79 lansia (39%) yang mengalami Hipertensi dari total 180 lansia.

Nurarif, (2015) berpendapat bahwa kejadian hipertensi pada lansia ada dua macam yakni hipertensi dengan sistolik yang bernilai lebih dari atau sama dengan 140 mmHg dan diastolik bernilai lebih dari atau sama dengan 90 mmHg, hipertensi dengan sistolik yang bernilai lebih tinggi dari 160 mmHg dan diastolik kurang dari 90 mmHg. Seseorang yang telah berusia 20 tahun akan mengalami penurunan kemampuan jantung dalam memompa darah sebesar 1% setiap tahunnya. Hal ini dapat menyebabkan kontraksi dan volume jantung menurun. (100-artikel) mengungkapkan bahwa mayoritas pasien hipertensi mengalami pusing. Hal ini kemungkinan dikarenakan, saat tekanan darah terus meningkat, maka lapisan otak akan rusak, kerusakan inilah yang kemudian membuat terjadinya penyumbatan pembuluh darah yang membawa darah menuju otak. Jika sudah terjadi sumbatan, maka aliran darah ke otak akan terganggu, leher akan terasa tegang, dan bagian belakang kepala akan terasa sakit. Akibat yang akan ditimbulkan adalah mual, kebingungan, kelelahan, sulit tidur. Fitri Tambunan et al., (2021) berpendapat apabila seseorang terus-menerus mengalami peningkatan tekanan darah dapat

mengakibatkan munculnya berbagai penyakit seperti penyakit jantung, gangguan penglihatan, gagal ginjal, stroke, dan berbagai penyakit lainnya. Selain penyakit fisik, tekanan darah tinggi apabila tidak segera diatasi dapat menyebabkan penurunan kognitif (Sari et al., 2019).

Dari pernyataan tersebut penulis melihat perlu dilakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi guna mengurangi terjadinya komplikasi yang mengarah ke organ-organ vital tubuh. Kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan holistik dan profesional, dengan menerapkan manajemen dan asuhan keperawatan fisik serta psikososial sehingga terwujud pelayanan keperawatan yang komprehensif. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada lansia dengan hipertensi, antara lain pemberian edukasi mengenai hipertensi, memberi motivasi untuk memodifikasi gaya hidup, memantau rutin tekanan darah, memberikan teknik relaksasi otot progresif untuk menurunkan tekanan darah. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Fitrianti didapatkan bahwa terdapat pengaruh latihan teknik relaksasi otot progresif terhadap perubahan tekanan darah sistole dan diastole pada responden lansia penderita hipertensi (481-13). Sedangkan untuk gangguan rasa nyaman yang timbul pada lansia dengan Hipertensi dapat diatasi dengan merendam kaki ke dalam air hangat, massage, serta latihan relaksasi nafas dalam. Hal ini telah dibuktikan oleh Alvaredo bahwa terapi non farmakologi rendam kaki air hangat dan massage terbukti dapat mengatasi masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri dan dapat digunakan sebagai terapi alternatif yang murah, sederhana dan aman untuk hipertensi (4734)

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan gerontik pada lansia masalah utama gangguan rasa nyaman dengan diagnosa medis hipertensi di ruang Melati blok A UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya?.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui secara spesifik asuhan keperawatan gerontik pada lansia masalah utama gangguan rasa nyaman dengan diagnosa medis Hipertensi di ruang Melati blok A UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari Karya Ilmia Akhir ini, sebagai berikut:

1. Melakukan pengkajian dengan asuhan Keperawatan Gerontik pada lansia masalah utama gangguan rasa nyaman dengan diagnosa medis Hipertensi di blok A UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya
2. Merumuskan Diagnosis Keperawatan Gerontik yang ditemukan melalui penyempurnaan analisa dan sintesa pada asuhan Keperawatan Gerontik pada lansia masalah utama gangguan rasa nyaman dengan diagnosa medis Hipertensi di blok A UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya
3. Merencanakan asuhan Keperawatan Gerontik pada lansia masalah utama gangguan rasa nyaman dengan diagnosa medis Hipertensi di blok A UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya
4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Gerontik pada lansia masalah utama gangguan rasa nyaman dengan diagnosa medis Hipertensi di blok A UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya

5. Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan Gerontik pada lansia masalah utama gangguan rasa nyaman dengan diagnosa medis Hipertensi di blok A UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan Gerontik pada lansia masalah utama gangguan rasa nyaman dengan diagnosa medis Hipertensi di blok A UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Melalui karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi ilmiah serta rujukan ilmiah dalam mengembangkan asuhan keperawatan gerontik. Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian Hipertensi pada lansia di blok A UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi institusi UPTD Griya Wreda Jambangan Suarabaya

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

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

Hipertensi serta meningkatkan pengembangan ketrampilan dan pengetahuan profesi keperawatan.

3. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga saat berkunjung tentang pencegahan dan perawatan lansia dengan Hipertensi sehingga keluarga mampu merawat lansia di rumah secara mandiri.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

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

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga pasien, ataupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber Data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data sekunder

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

c. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
 - a. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang tujuan, manfaat dan sistematika penulisan studi kasus.

- b. BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep Hipertensi, konsep lansia , konsep dasar asuhan keperawatan gerontik
 - c. BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - d. BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan
 - e. BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang, dan penatalaksanaan Hipertensi. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah – masalah yang muncul pada lansia dengan Hipertensi dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

2.1 Konsep Penyakit Hipertensi

2.1.1 Definisi

Hipertensi didefinisikan sebagai nilai ≥ 140 mmHg tekanan darah sistolik dan atau ≥ 90 mmHg tekanan darah diastolik (Simatupang, 2018). Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Kemenkes RI, 2019). Hipertensi merupakan gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah di atas nilai normal, yaitu melebihi 140/90 mmHg (Triyanto, 2014).

2.1.2 Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa factor yang memengaruhi terjadinya hipertensi:

1. Genetik : respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.
2. Obesitas : terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
3. Stress karena lingkungan
4. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah (Bachrudin, 2016)

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan:

1. Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi dimana penyebabnya tidak diketahui namun banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetika, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatik, system rennin angiotensin, efek dari ekskresi Natrium (Na), obesitas, merokok dan stress (Bachrudin, 2016). Hipertensi primer disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya (Nurarif, 2015).

2. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang diakibatkan karena penyakit ginjal atau penggunaan kontrasepsi hormonal (Bachrudin, 2016). Nurarif, (2015) berpendapat bahwa penyebab hipertensi sekunder ini dikarenakan penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

2.1.3 Patofisiologi Hipertensi

Cahyani, (2020) berpendapat bahwa meningkatnya tekanan darah didalam arteri bisa terjadi melalui berbagai beberapa cara yaitu jantung memompa lebih

kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, di mana 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 mengkerut karena perangsangan saraf atau hormon di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh. Volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat.

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 di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara: jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah ke normal. Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali ke normal. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah yang menghasilkan enzim yang

disebut renin, yang memicu pembentukan hormon angiotensi, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormon aldosteron ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan 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

2.1.4 Klasifikasi

Nurarif, (2015) mengatakan bahwa terdapat beberapa klasifikasi hipertensi antara lain:

1. Optimal: dengan nilai sistolik < 120 mmHg dan nilai diastolik < 80 mmHg
2. Normal: dengan nilai sistolik 120-129 mmHg dan nilai diastolik 80-84 mmHg
3. High Normal: dengan nilai sistolik 130-139 mmHg dan nilai diastolik 85-89 mmHg
4. Hipertensi Grade 1 (ringan): dengan nilai sistolik 140-159 mmHg dan nilai diastolik 90-99 mmHg
5. Hipertensi Grade 2 (sedang): dengan nilai sistolik 160-179 mmHg dan nilai diastolik 100-109 mmHg
6. Hipertensi Grade 3 (berat): dengan nilai sistolik 180-209 mmHg dan nilai diastolik 100-119 mmHg
7. Hipertensi Grade 4 (sangat berat): dengan nilai sistolik > 210 mmHg dan nilai diastolik > 120 mmHg

Fitri Tambunan et al., (2021) berpendapat bahwa terdapat empat macam hipertensi berdasarkan tingginya nilai tekanan darah, antara lain:

1. Hipertensi borderline : tekanan darah antara 140/90 mmHg dan 160/95 mmHg
2. Hipertensi ringan : tekanan darah antara 160/95 mmHg dan 200/110 mmHg
3. Hipertensi moderate : tekanan darah antara 200/110 mmHg dan 230/120 mmHg
4. Hipertensi berat : tekanan darah antara 230/120 mmHg dan 280/140 mmHg

2.1.5 Manifestasi Klinis

Pada umumnya, penderita hipertensi esensial tidak memiliki keluhan. Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, lemas dan impotensi. Nyeri kepala umumnya pada hipertensi berat, dengan ciri khas nyeri regio oksipital terutama pada pagi hari. Anamnesis identifikasi faktor risiko penyakit jantung, penyebab sekunder hipertensi, komplikasi kardiovaskuler, dan gaya hidup pasien (Adrian, 2019).

Hipertensi Esensial dan sekunder Evaluasi jenis hipertensi dibutuhkan untuk mengetahui penyebab. Peningkatan tekanan darah yang berasosiasi dengan peningkatan berat badan, faktor gaya hidup (perubahan pekerjaan menyebabkan penderita bepergian dan makan di luar rumah), penurunan frekuensi atau intensitas aktivitas fisik, atau usia tua pada pasien dengan riwayat keluarga dengan hipertensi kemungkinan besar mengarah ke hipertensi esensial. Labilitas tekanan darah, mendengkur, prostatisme, kram otot, kelemahan, penurunan berat badan, palpitasi, intoleransi panas, edema, gangguan berkemih, riwayat perbaikan koarktasio,

obesitas sentral, wajah membulat, mudah memar, penggunaan obat-obatan atau zat terlarang, dan tidak adanya riwayat hipertensi pada keluarga mengarah pada hipertensi sekunder (Adrian, 2019). Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

1. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang 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 arteri tidak terukur.

2. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu : mengeluh sakit kepala, pusing, mual, lemas, kelelahan, muntah, sesak nafas, gelisah, epistaksis, kesadaran menurun (Nurarif, 2015).

2.1.6 Komplikasi

Kompikasi hipertensi menurut (Triyanto, 2014):

1. Penyakit jantung

Kompikasi berupa infark miokard, angina pectoris, dan gagal jantung.

2. Ginjal

Terjadinya gagal ginjal dikarenakan kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal dan nefron akan terganggu

sehingga menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema.

3. Otak

Komplikasi berupa stroke dan serangan iskemik. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal sehingga aliran darah ke otak berkurang.

4. Mata

Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.

5. Kerusakan pada pembuluh darah arteri

Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteri atau yang sering disebut dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah). Komplikasi berupa kasus perdarahan meluas sampai ke intraventrikuler (Intra Ventricular Haemorrhage) atau IVH yang menimbulkan hidrosefalus obstruktif sehingga memperburuk luaran. 1-4 Lebih dari 85% ICH timbul primer dari pecahnya pembuluh darah otak yang sebagian besar akibat hipertensi kronik (65-70%) dan angiopathy amyloid. Sedangkan penyebab sekunder timbulnya ICH dan IVH biasa karena berbagai hal yaitu gangguan pembekuan darah, trauma, malformasi arteriovenous, neoplasma intrakranial, thrombosis atau angioma vena. Morbiditas dan mortalitas ditentukan oleh berbagai faktor, sebagian besar berupa hipertensi, kenaikan tekanan intrakranial, luas dan lokasi perdarahan, usia, serta gangguan metabolisme serta pembekuan darah

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

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

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

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Triyanto, (2014) penanganan hipertensi dibagi menjadi dua yaitu secara nonfarmakologis dan farmakologi.

1. Terapi non farmakologi merupakan terapi tanpa menggunakan obat, terapi non farmakologi diantaranya memodifikasi gaya hidup dimana termasuk pengelolaan stress dan kecemasan merupakan langkah awal yang harus

dilakukan. Penanganan non farmakologis yaitu menciptakan keadaan rileks, mengurangi stress dan menurunkan kecemasan. Terapi non farmakologi diberikan untuk semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor resiko serta penyakit lainnya.

2. Terapi farmakologi Terapi farmakologi yaitu yang menggunakan senyawa obat-obatan yang dalam kerjanya dalam mempengaruhi tekanan darah pada pasien hipertensi seperti : angiotensin receptor blocker (ARBs), beta blocker, calcium channel dan lainnya. Penanganan hipertensi dan lamanya pengobatan dianggap kompleks karena tekanan darah cenderung tidak stabil.

2.2 Konsep Dasar Lanjut Usia

2.2.1 Pengertian Lansia

Lansia atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa dan tua (Nasrullah, 2016). Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Kholifa, 2016).

2.2.2 Batasan Lanjut Usia

Menurut WHO (1999, dalam Nasrullah, 2016) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia biologis menjadi 4 kelompok yaitu:

1. Usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60 sampai 74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) berusia 75 sampai 90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) berusia lebih dari 90 tahun.

2.2.3 Proses Menua (*Aging Process*)

Nugroho (2006, dalam Kholifa, 2016) berpendapat bahwa penuaan adalah proses menghilangnya kemampuan jaringan memperbaiki diri/mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan akibat infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Seiring dengan proses menua, tubuh akan mengalami berbagai masalah kesehatan yang biasa disebut sebagai penyakit degeneratif. Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua

2.2.4 Ciri-ciri Lanjut Usia

Karakteristik sosial masyarakat yang menganggap bahwa orang lebih tua jika menunjukkan ciri fisik seperti rambut beruban, kerutan kulit dan hilangnya gigi. Kriteria simbolik seseorang dianggap tua ketika cucu pertamanya lahir, sedangkan dalam masyarakat kepulauan pasifik, seseorang dianggap tua ketika ia berfungsi sebagai kepala dari garis keturunan keluarganya (Setiawan & Budiningsih, 2013).

Kholifa, (2016) berpendapat bahwa ada empat ciri-ciri seorang lansia, antara lain:

1. Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

3. Lansia membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah (Kholifa, 2016).

Nasrullah, (2016) berpendapat bahwa ada enam tipe kepribadian pada lanjut usia, yaitu:

1. Tipe kepribadian arif bijaksana

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

2. Tipe kepribadian mandiri

Ada kecenderungan mengalami post power syndrome, apalagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi.

3. Tipe kepribadian tidak puas

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

4. Tipe kepribadian pasrah

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

5. Tipe kepribadian bingung

Lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

2.2.5 Perubahan Fisiologis Pada Lanjut Usia

Nasrullah, (2016) mengatakan bahwa seseorang yang mengalami lanjut usia akan mengalami beberapa perubahan fisiologis, yaitu:

1. Perubahan Fisik

a. Sel

Jumlah lebih sedikit, ukuran lebih besar, mekanisme perbaikan sel terganggu, menurunnya proporsi protein di otak, darah, otot, ginjal dan hati.

b. Sistem Persyarafan

Lambat dalam respons dan waktu untuk bereaksi, mengecilnya saraf panca indera, kurang sensitif terhadap sentuhan, hubungan persyarafan menurun.

c. Sistem Pendengaran

Gangguan pendengaran atau presbiakusis, terjadi penumpukan seruman dan mengeras, hilang kemampuan pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tidak jelas dan tinggi dan sulit mengerti kata-kata.

d. Sistem Penglihatan

Spingter pupil timbul sklerosis, hilang respons terhadap sinar, kornea lebih berbentuk sferis (bola), kekeruhan pada lensa dan menurunnya lapang pandang.

e. Sistem Kardiovaskuler

Menurunnya elastisitas dinding aorta, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% pertahun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, tekanan darah meningkat dan kehilangan elastisitas pembuluh darah.

f. Sistem Pengaturan Suhu Tubuh

Temperatur tubuh menurun secara fisiologis, keterbatasan reflek menggigit dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

g. Sistem Respirasi

Menurunnya aktivitas dari silia-silia paru-paru dan kehilangan elastisitas kekuatan otot pernafasan, menurunkan O₂ pada arteri menjadi 75 mmHg, alveoli ukurannya melebar, menurunnya batuk.

h. Sistem Gastrointestinal

Terjadi penurunan selera makan dan rasa haus, asupan makanan dan kalori, mudah terjadi konstipasi, terjadi penurunan produksi saliva, karies gigi, penambahan waktu pengosongan lambung dan gerak peristaltik usus.

i. Sistem Muskuloskeletal

Tulang makin rapuh dan kehilangan cairan, tafosis, tubuh menjadi lebih pendek, persendian kaku dan membesar, tendon mengerut dan sklerosis, atrofi serabut otot, pembengkakan persendian dan pembengkakan akibat penumpukan kristal asam urat.

2. Perubahan Psikososial

Seorang lansia akan mengalami penurunan produktivitas dan identitas dalam pekerjaannya. Pada lansia akan mengalami kehilangan-kehilangan seperti berikut:

- a. Kehilangan finansial (*income* berkurang).
- b. Kehilangan status.
- c. Kehilangan teman/kenalan/relasi.
- d. Kehilangan pekerjaan/kegiatan.
- e. Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*).
- f. Perubahan dalam hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
- g. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
- h. Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- i. Gangguan syaraf panca indra, timbul kebutaan dan ketulian.
- j. Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
- k. Kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga besar.
- l. Kehilangan kekuatan dan ketegangan fisik, perubahan terhadap gambaran diri dan perubahan konsep diri.

3. Perubahan Spiritual

- a. Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya.
- b. Lansia makin teratur dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam bertindak dan berpikir dalam sehari-hari.
- c. Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun adalah *universalizing*, perkembangan yang telah dicapai adalah bertindak dan berpikir dengan cara memberikan contoh cara mencintai dan keadilan.

4. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah:

- a. Perubahan fisik, terutama pada organ perasa
- b. Kesehatan umum
- c. Hereditas (keturunan)
- d. Lingkungan
- e. Tingkat pendidikan

5. Perubahan Intelegensia Quantion (IQ)

Intelegensia Dasar (*Fluid intelligence*) yang berarti penurunan fungsi otak bagian kanan yang antara lain berupa pemecahan masalah, kesulitan dalam komunikasi nonverbal, mengenal wajah orang, kesulitan dalam pemusatan konsentrasi dan perhatian.

6. Perubahan Ingatan (*Memory*)

Secara fisiologis, ingatan tertentu hanya berlangsung beberapa detik, dan yang lainnya berlangsung beberapa jam, hari, minggu, bulan atau bahkan bertahun-tahun. Untuk itu ingatan (*memory*) dapat diklasifikasikan menjadi

3 yaitu ingatan jangka pendek, ingatan jangka menengah dan ingatan jangka panjang.

2.2.6 Perubahan Psikologis Pada Lansia

1. Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sesrik terutama pendengaran

2. Duka cita (betrevement)

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.

3. Depresi

Duka cita yang berlaut akan meimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi, depresi juga dapat disesbabkan karena stress lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

4. Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panic, gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan skunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghetian mendadak dari suatu obat.

5. Parafreia

Suatu bentuk skizofreia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangga mencuri barang-barang atau berniat

membutuhkannya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/dislasi atau menarik diri dengan sosial.

6. Sidroma diogenes

Suatu kelainan dimana lansia meunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kama tidur bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urinnya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadan tersebut dapat terulang kembali (Anggita, 2021).

2.3 Konsep Rasa Nyaman

2.3.1 Definisi Kenyamanan

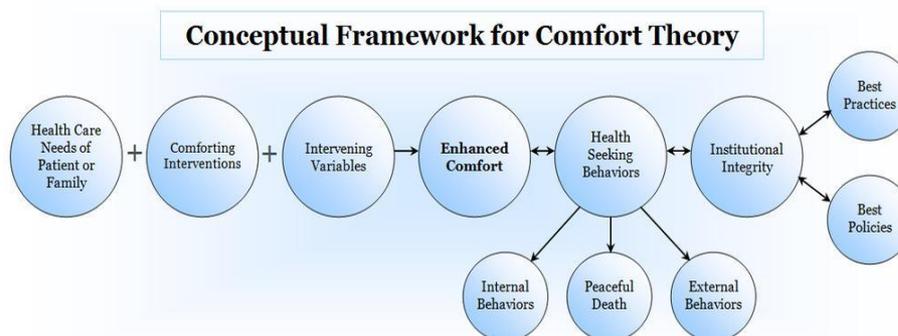
Kolcaba (1992, dalam Kasiati, 2015) mengungkapkan kenyamanan atau rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Carpenito (2000, dalam Sensussiana, 2020) mengatakan bahwa perubahan kenyamanan seseorang adalah saat dimana orang tersebut mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap suatu rangsangan yang berbahaya. Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

1. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
2. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
3. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan)

4. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

2.3.2 Teori Kenyamanan Kolcaba

Konsep teori kenyamanan meliputi kebutuhan kenyamanan, Intervensi kenyamanan, variabel intervensi, peningkatan kenyamanan, Perilaku pencari kesehatan, dan integritas institusional. Menurut Kolcaba & DiMarco (2005, dalam Utami, 2016) hal tersebut dapat digambarkan dalam kerangka konseptual Sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka konseptual pada teori kenyamanan Kolcaba

Seluruh konsep tersebut terkait dengan klien dan keluarga. Teori kenyamanan Terdiri atas tiga tipe, yaitu (1) relief: kondisi resipien yang membutuhkan Penanganan spesifik dan segera, (2) ease: kondisi tenteram atau kepuasan hati Dari klien yang terjadi karena hilangnya ketidaknyamanan fisik yang Dirasakan pada semua kebutuhan, (3) transcendence: keadaan dimana seseorang individu mampu mengatasi masalah dari ketidaknyamanan yang terjadi. Kolcaba memandang bahwa kenyamanan merupakan kebutuhan dasar seorang individu yang bersifat holistik, meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural, lingkungan. Kenyamanan fisik berhubungan dengan mekanisme sensasi tubuh dan homeostasis, meliputi penurunan kemampuan tubuh dalam merespon suatu

penyakit atau prosedur invasif. Beberapa alternatif untuk memenuhi kebutuhan fisik adalah memberikan obat, merubah posisi, backrub, kompres hangat atau dingin, sentuhan terapeutik. Kenyamanan psikospiritual dikaitkan dengan keharmonisan hati dan ketenangan jiwa, yang dapat difasilitasi dengan memfasilitasi kebutuhan ininteraksi dan sosialisasi klien dengan orang-orang terdekat selama perawatan dan melibatkan keluarga secara aktif dalam proses kesembuhan klien. Kebutuhan kenyamanan sosiokultural berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan masyarakat, meliputi kebutuhan terhadap informasi kepulangan (discharge planning), dan perawatan yang sesuai dengan budaya klien. Beberapa cara untuk memenuhi kebutuhan sosiokultural adalah menciptakan hubungan terapeutik dengan klien, menghargai hak-hak klien tanpa memandang status sosial atau budaya, mendorong klien untuk mengekspresikan perasaannya, dan memfasilitasi kerja tim yang mengatasi kemungkinan adanya konflik antara proses penyembuhan dengan budaya klien. Kebutuhan yang terakhir adalah kebutuhan akan kenyamanan lingkungan yang berhubungan dengan menjaga kerapian dan kebersihan lingkungan, membatasi pengunjung dan terapi saat klien beristirahat, dan memberikan lingkungan yang aman bagi klien (Utami, 2016).

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kenyamanan

Sensussiana, (2020) berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kenyamanan seseorang, antara lain:

1. Emosi : kecemasan, depresi, dan marah
2. Status mobilisasi : keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun. Memudahkan terjadinya resiko injury

3. Gangguan persepsi sensori : mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan
4. Keadaan imunitas : gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit
5. Tingkat kesadaran : pada pasien koma, respon akan enurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.
6. Informasi atau komunikasi : gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.
7. Gangguan tingkat pengetahuan : kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.
8. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional : antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok
9. Status gizi : keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.
10. Usia : perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri
11. Jenis kelamin : secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya
12. Kebudayaan : keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat nyaman yang mereka punyai

2.3.4 Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospirtual, lingkungan dan sosial, yang

disebabkan karena adanya gejala penyakit, kurang pengendalian situasional atau lingkungan, ketidakaekuatan sumber daya, kurangnya privasi, gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi, dan gangguan adaptasi kehamilan (PPNI, 2017). Tanda dan gejala yang timbul pada orang yang mengalami gangguan rasa nyaman, antara lain:

1. Mengeluh tidak nyaman
2. Gelisah
3. Mengeluh sulit tidur
4. Tidak mampu rileks
5. Mengeluh kedinginan atau kepanasan
6. Merasa gatal
7. Mengeluh mual
8. Mengeluh lelah
9. Menunjukkan gejala distres
10. Tampak merintih atau menangis
11. Pola eliminasi berubah
12. Postur tubuh berubah
13. Iritabilitas

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Berbasis Teori Kenyamanan Kolcaba

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

1. Analisis kenyamanan pada konteks fisik

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

2. Analisis kenyamanan pada konteks psikospiritual

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

3. Analisis kenyamanan pada konteks lingkungan

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

4. Analisis kenyamanan pada konteks sosiokultural

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

Tabel 2.1 Struktur taksonomi kenyamanan

Sosiokultural	<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Transcenden</i>
Fisik	Klien biasanya mengeluh pusing kepala, badan terasa lemas, mual, konjungtiva terlihat anemis.		
Psikospiritual		Klien biasanya merasa sedih jika jauh dari keluarga, karena	Klien biasanya akan merasa senang jika

		keluarga harus menunggu di luar untuk proses penyembuhan klien	dijenguk oleh keluarga atau kerabat terdekat.
Lingkungan		Klien atau bahkan keluarganya sering mengeluh ingin segera pulang karena sudah merasa jenuh.	Keluarga atau klien biasanya mengatakan nyaman dengan lingkungan kamar yang bersih dengan ventilasi dan suhu ruangan yang cukup.
Psikocultural			Klien sering merasa sedih jika jam kunjung yang sudah habis

2.4.2 Pengkajian

1. Identitas klien

Meliputi : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik. Pekerjaan yang paling rentan terjadi hipertensi yaitu IRT (Ibu Rumah Tangga) dan petani. Dapat dikatakan bahwa hampir semua orang mengalami stres dengan pekerjaan mereka karena dipengaruhi dengan tuntutan kerja dan beban kerja yang dapat memicu terjadinya hipertensi. Pada lansia yang berjenis kelamin perempuan lebih cenderung menderita hipertensi dari pada laki-laki. Karena, rata-rata perempuan akan mengalami peningkatan resiko tekanan darah tinggi (hipertensi) setelah menopause yaitu di usia diatas 45 tahun. Singgalingging (2011, dalam Anggita, 2021) berpendapat bahwa perempuan yang belum menopause dilindungi oleh hormone estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL) (Anggita, 2021).

2. Keluhan utama : Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi.

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang dimaksud adalah sakit di kepala, pendarahan di hidung, pusing, wajah kemerahan, dan kelelahan yang bisa saja terjadi pada penderita hipertensi. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala sakit kepala, kelelahan, muntah, sesak napas, pandangan menjadi kabur, yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma (Cahyani, 2020).

4. Riwayat kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit jantung penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat (Cahyani, 2020).

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi , penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain (Cahyani, 2020).

6. Pemeriksaan fisik

(Anggita, 2021)

a. Keadaan umum : lemah

- b. Tanda-tanda vital : suhu tubuh cenderung meningkat, pernapasan dangkal, nadi cepat, tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan diastolik diatas 90 mmHg.
- c. *Review of sistem*
- 1) B1 (breath) : sistem pernapasan sangat mendukung untuk mengetahui masalah pada gangguan kardiovaskuler dimana pemeriksaannya meliputi inspeksi pada bentuk dada ditemukan bentuk dada phisis (panjang dan gepeng), emfisematous (tong) dan pektus eksavatus (cekung ke dalam). Pada palpasi ditemukan kelainan dinding toraks, gerakan dinding tidak simetris dan getaran yang dirasakan tidak merata. Pada perkusi ditemukan penurunan suara paru atau perubahan dari resonan. Pada auskultasi ditemukan suara napas tambahan.
 - 2) B2 (blood) : pemeriksaan jantung dan pembuluh darah dapat secara langsung mengetahui masalah pada penyakit hipertensi antara lain meliputi; pada pemeriksaan inspeksi perubahan apeks jantung karena disebabkan adanya perubahan sumbu jantung karena hipertropi, pada palpasi terdapat penurunan denyut apeks karena empisema terdapat thrill jantung dan distensi vena jugularis. Pada perkusi biasanya tetap normal pada bunyi redup tetapi didapatkan pembesaran jantung. Pada auskultasi didapatkan bunyi kuat dan keras pada katup aorta dan katup mitral.

- 3) B3 (brain) : difokuskan pada pemeriksaan kepala dan leher untuk mengetahui adanya sianosis perifer, ekspresi wajah yang gelisah, pusing, kesakitan dan ptekie. Pada mata terdapat ikterus bilamana ada gagal jantung dan dilakukan pemeriksaan neurosensori untuk mengetahui adanya pusing saat bangun dari duduk, wajah meringis, menarik diri dan kehilangan kontak mata.
- 4) B4 (bladder) : output urine merupakan indikasi fungsi jantung yang penting. Penurunan haluaran urine merupakan temuan penting yang harus dikaji lebih lanjut untuk menentukan apakah penurunan tersebut merupakan penurunan produksi urine atau karena ketidakmampuan klien untuk buang air kecil. Daerah suprapubik harus diperiksa terhadap adanya massa oval dan diperkusi adanya tanda pekak yang menunjukkan kandung kemih penuh.
- 5) B5 (Bowel) : pengkajian yang harus dilakukan meliputi perubahan nutrisi sebelum dan sesudah masuk rumah sakit, penurunan turgor kulit, kulit kering Atau berkeringat, muntah dan penurunan berat badan. Adanya refluks hepatojuguler, pembengkakan hepar adanya nyeri tekan pada abdomen.
- 6) B6 (Bone) : keluhan kelemahan fisik, pusing, dada rasa berdebar, sulit tidur karena ortopnea, dispnea nokturnal paroksismal, berkeringat malam hari, sering terbangun karena nyeri kepala dan sesak napas.

7. Aktivitas / istirahat

Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.

Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

8. Integritas ego

Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, factor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).

Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot uka tegang, menghela nafas, peningkatan pola bicara.

9. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : angina (penyakit arteri koroner / keterlibatan jantung), sakit kepala

10. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural.

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload (D.0008)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi (D.0017)
3. Nyeri akut b.d tekanan vascular cerebral (D.0077)
4. Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit (D.0074)
5. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan umum (D.0056)
6. Resiko jatuh d.d gangguan penglihatan (D.0143)
7. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)
8. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)
9. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)
10. Koping tidak efektif b.d krisis situasional (D.0096)

11. Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080)

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload (D.0008)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung (L.02008) meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Takikardia/bradikardia menurun 3. Lelah menurun 4. Pucat/sianosis menurun 5. Tekanan darah 120-140 / 70-90 mmhg 	Perawatan Jantung (I.02075) <ol style="list-style-type: none"> a) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah dan saturasi oksigen 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor keluhan nyeri dada 4. Monitor EKG 12 sadapan b) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 5. Posisikan semi fowler 6. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat 7. Berikan dukungan emosional dan spiritual 8. Berikan terapi relaksasi 9. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% c) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi dan bertahap d) Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 11. Rujuk ke program rehabilitasi jantung.
2.	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 5. Kesadaran membaik 	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325) <ol style="list-style-type: none"> a) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Tekanan darah ssistolik membaik 7. Takanan darah diastolik membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan <p>b) Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7. Berikan posisi semi Fowler 8. Pertahankan suhu tubuh normal <p>c) Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 10. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 11. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
3.	Nyeri akut b.d tekanan vascular cerebral (D.0077)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi 60-90x/menit 	<p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p>a) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi nyeri non verbal 3. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan itensitas nyeri 4. Monitor penggunaan analgesik <p>b) Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi istirahat dan tidur 6. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 7. Berikan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (distraksi, relaksasi nafas dalam, terapi musik, acupressure, terapi bermain, hypnosis, TENS) <p>c) Edukasi</p>

			8. Jelaskan strategi meredakan nyeri 9. Ajarkan tehnik non farmakologi untuk meredakan nyeri 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri d) Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
4.	Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit (D.0074)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perasaan nyaman pasien meningkat (L.08064) dengan kriteria hasil : 1. Rileks meningkat 2. Keluhan tidak nyaman menurun 3. Gelisah menurun	Terapi Relaksasi (I.09326) a) Observasi 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Monitor respon terhadap terapi relaksasi b) Terapeutik 3. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain c) Edukasi 5. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (napas dalam, relaksasi otot progresif) 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (napas dalam, relaksasi otot progresif)
5.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan umum (D.0056)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan respon fisiologis terhadap aktivitas meningkat (L.05047) dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi membaik 2. Keluhan lelah berkurang 3. Dispnea saat aktivitas menurun	Manajemen Energi (I.05178) a) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas b) Terapeutik

			<ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 6. Latihan rentang gerak pasif dan atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi <p>c) Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan tirah baring 9. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 10. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan berkurang 11. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>d) Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
6.	Resiko jatuh d.d gangguan penglihatan (D.0143)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko jatuh dari tempat tidur menurun 2. Risiko jatuh saat berjalan menurun 3. Risiko jatuh saat berdiri menurun 	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>a) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi factor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jstuh (mis. Morse scale, humpty dumpty) <p>b) Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pasang handrail tempat tidur <p>c) Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpidah.

7.	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan meningkat (L.03020) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Terbebas dari edema 2. Haluaran urin meningkat 3. Mampu mengontrol asupan cairan 	Manajemen hipervolemia (I.03114) <ol style="list-style-type: none"> a) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnes, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) b) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 4. Batasi asupan cairan dan garam c) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan melapor haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 6. Ajarkan cara membatasi cairan d) Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian diuretic
8.	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi perifer meningkat (L.02011) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi perifer teraba kuat 2. Akral teraba hangat 3. Warna kulit tidak pucat 	Pemantauan tanda vital (I.02060) <ol style="list-style-type: none"> a) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri nadi 6. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital b) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 7. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien c) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

9.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melakukan sesuai anjuran 2. Pasien tampak mampu menjelaskan kembali materi yang disampaikan 3. Pasien mengajukan pertanyaan 	Edukasi kesehatan (I.12383) a) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat b) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya c) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
10.	Koping tidak efektif b.d krisis situasional (D.0096)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan status koping membaik (L.09086) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku koping adaptif meningkat 2. Minat mengikuti perawatan/ pengobatan meningkat 3. Partisipasi sosial meningkat 4. Tanggung jawab diri meningkat 	Promosi Koping (I.09312) a) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pemahaman proses penyakit 2. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 3. Identifikasi metode penyelesaian masalah 4. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial b) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan

			6. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan 7. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial c) Edukasi 8. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama 9. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu 10. Latih penggunaan teknik relaksasi 11. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan
11.	Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya 2. Pasien tampak tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman 	Reduksi ansietas (I.09314) <ol style="list-style-type: none"> a) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) b) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman c) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 3. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan , dan prognosis

Kolcaba & Wilson (2004, dalam Utami, 2016) membagi intervensi untuk mencapai kenyamanan klien menjadi tiga bagian, yaitu :

1. *Standard comfort intervention*

Standard comfort intervention adalah intervensi standar untuk mempertahankan hemostasis dan mengontrol nyeri pada bayi. Intervensi standar antara lain adalah manajemen nyeri nonfarmakologis dan farmakologis, medikasi, monitoring vital sign, modifikasi lingkungan terkait pengaturan suhu, bau, pembatasan kunjungan, dan lain-lain.

2. *Coaching* (dukungan emosional, pendidikan kesehatan)

Coaching mengandung pengertian melatih pasien dan keluarga untuk mengurangi atau menghilangkan kecemasan dengan menyediakan informasi yang akurat tentang status kesehatan klien, tetap memberi harapan yang sesuai dengan kondisi klien, mau mendengarkan secara aktif, serta membantu implementasi perencanaan untuk meningkatkan kesembuhan klien.

3. *Comfort food for soul* (terapi musik, kunjungan orang terdekat)

Perawat melakukan intervensi-intervensi khusus yang membuat klien dan keluarga merasa diperhatikan dan dikuatkan secara fisik, mental, emosional, dan spiritual, sebagai contoh mengajarkan beberapa teknik relaksasi seperti pijatan, guided imagery, terapi musik, dan lainnya.

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Nursalam, (2015) berpendapat bahwa implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien.

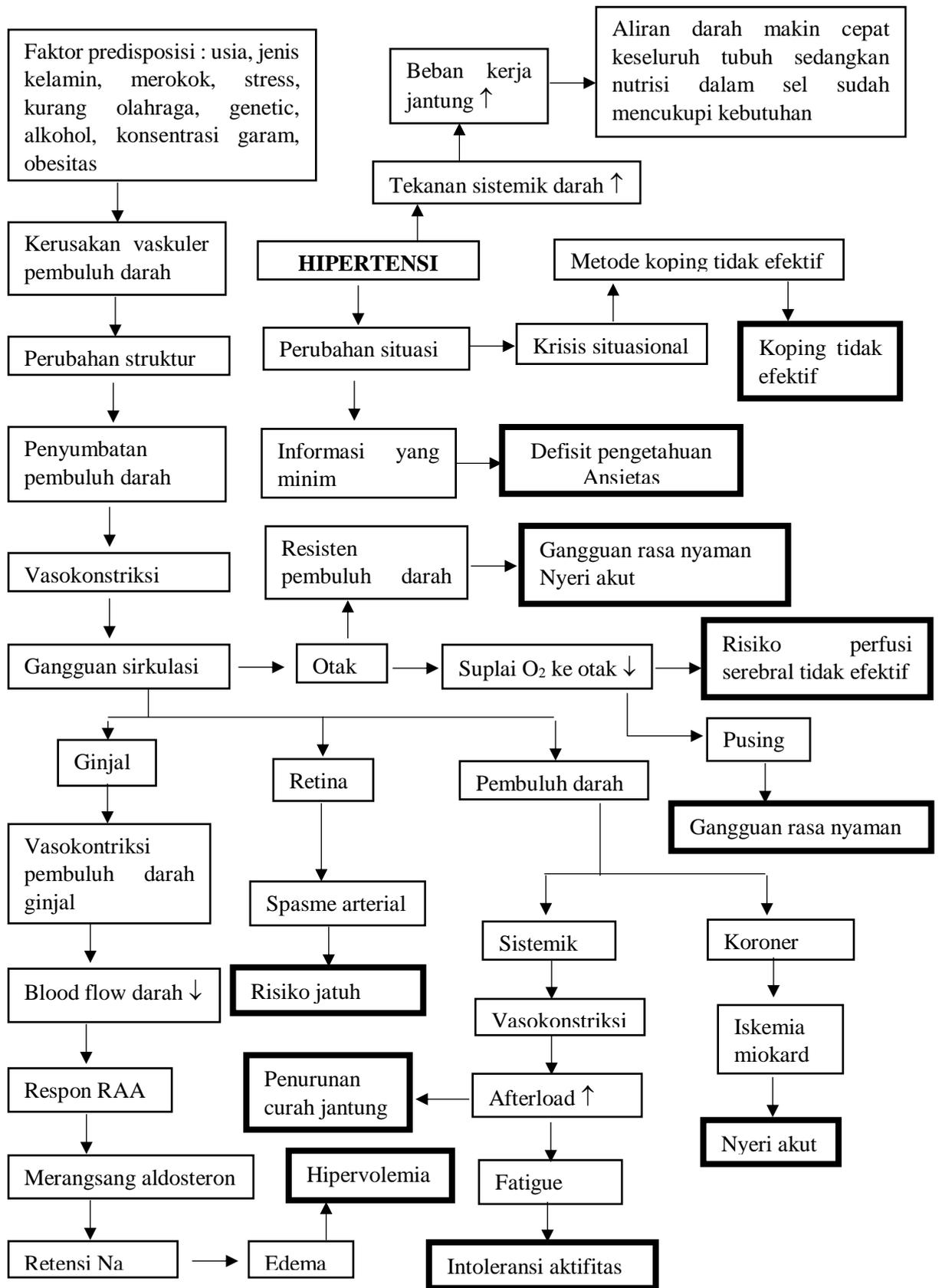
Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan. Selama tahap

implementasi, perawat melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien.

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2015)

2.5 Kerangka Masalah / WOC



(Nurarif, 2015)

Gambar 2.2 Kerangka Masalah/WOC pada pasien dengan hipertensi

2.6 Literatur Review Gangguan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi

Tabel 2.3 Literatur Review Gangguan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi

Penelitian (tahun) dan judul	Tujuan penelitian	Desain penelitian	Respondent	Hasil penelitian
Murtiono, I Gusti Ketut Gede Ngurah (2019) Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri	Untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri di Poliklinik Rindam Tabanan.	Deskriptif studi kasus	Subyek dua orang klien yang dirawat jalan di poliklinik tersebut yang memenuhi kriteria inklusi	<p>Pada pengkajian diperoleh hasil dari kedua kasus yaitu Ny. M dan Tn.M mengalami gangguan rasa nyaman Nyeri. Ny. M mengeluh nyeri dibagian belakang kepala sejak 2 hari yang lalu, Nyeri ketika beraktivitas, Skala nyeri 5 (Sedang) dan pasien tampak meringis kesakitan. Sedangkan Tn. M mengeluh kepala pusing dan sakit, dan leher terasa tegang, pasien tampak meringis kesakitan skala nyeri 5, kondisi badan lemah. Gejala pada kedua kasus sama yaitu pasien mengalami nyeri kepala pada leher dan belakang kepala, skala nyeri 5, pasien tampak meringis kesakitan. Ny M mengatakan baru pertama kali merasakan nyeri seperti yang dirasakan sekarang sedangkan Tn.M Pasien pernah dirawat dirumah sakit selama 4 hari dengan kasus yang sama.</p> <p>Berdasarkan pengkajian diatas masalah yang muncul pada kedua pasien tersebut didapatkan masalah kepetawatan nyeri akut. Rencana tindakan yang dilakukan meliputi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, ajarkan teknik non farmakologi seperti relaksasi, terapi music, masase pada daerah nyeri, kompres hangat, kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik. Intervensi keperawatan terdiri dari pain level dan pain control yang bertujuan untuk menurunkan skala nyeri pasien, dari skala 5 menjadi skala 1. Tindakan ini dilakukan selama 5 hari dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam yang diketahui mampu mempertahankan keelastisan otot sehingga menurunkan tekanan darah. Implementasi keperawatan</p>

				dilakukan tidak hanya menggunakan teknik non farmakologi, tetapi dengan menggabungkan tindakan kolaboratif dan pemberian health education pada pasien. Tindakan tersebut dilakukan selama 30 menit, hingga terdapat perubahan nyeri pada pasien.
Maria, Insana (2018) Gangguan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi	Mengidentifikasi gambaran gangguan rasa nyaman pada pasien hipertensi di wilayah kerja unit pelaksana teknis Puskesmas Martapura 1 periode 2017-2018.	Studi deskriptif	Sampel dalam penelitian ini berjumlah 109 orang hipertensi di wilayah kerja puskesmas martapura 1.	Pada penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa ada empat macam aspek ketidaknyamanan pada orang dengan Hipertensi, yakni ketidaknyamanan dalam aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Penelitian yang dilakukan pada 109 responden, didapatkan 82 responden mengalami ketidaknyamanan (75,2%). Berdasarkan dimensi biologis yang terbanyak masuk dalam kategori ketidaknyamanan sebanyak 88 responden (80,7%). Berdasarkan dimensi psikologis yang terbanyak masuk dalam kategori ketidaknyamanan sebanyak 73 responden (67%). Berdasarkan dimensi sosial yang terbanyak masuk dalam kategori ketidaknyamanan sebanyak 70 responden (64,2%). Berdasarkan dimensi spiritual yang terbanyak masuk dalam kategori ketidaknyamanan sebanyak 77 responden (70,6%).
Juliet Sindy Opentu, Rahmawati, Fitria Hasanuddin, Ratna Mahmud (2021) Latihan Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Hipertensi Dalam Pemenuhan Kebutuhan	Mengetahui penerapan latihan relaksasi nafas dalam pada pasien hipertensi dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman.	Quasi experiment, one group pre-test dan post test.	Subyek penelitian hanya ada 1 responden yang masuk dalam kriteria inklusi merupakan penderita hipertensi yang ada di puskesmas Panambungan.	Hasil penelitian menunjukkan teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tekanan darah secara signifikan pada hari pertama sampai hari ke empat, hal ini di karenakan pasien yang sering mengalami nyeri pada tengkuk dan melakukan teknik relaksasi secara mandiri, namun hasil tekanan darah masih dalam kategori hipertensi.

Rasa Aman Nyaman				
Khalimatul Latifah, Firman Faradisi (2021) Penerapan Teknik Relaksasi Messase Punggung Untuk Menurunkan Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi	Untuk menggunakan terapi relaksasi messase punggung untuk menurunkan nyeri kepala pada penderita hipertensi	Studi kasus dengan penerapan intervensi yang dilakukan selama tiga hari	Subyek dua orang dengan masalah kesehatan hipertensi yang mengalami sakit atau nyeri kepala.	Berdasarkan hasil dari pembahasan laporan kasus Asuhan Keperawatan dengan hipertensi di Desa Karangtengah, setelah di berikan messase punggung pada penderita hipertensi mengalami perubahan skala nyeri dari skala 8-7 menjadi 2-1. Sehingga dapat di simpulkan bahwa terapi relaksasi messase punggung efektif untuk menurunkan nyeri kepala pada penderita hipertensi.
M. Kelvin Alvaredo, Triyoso, M. Arifki Zainaro (2022) Efektifitas Terapi Rendam Kaki Air Hangat Dan Massage Pada Klien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri	Untuk mengetahui efektivitas sebelum dan setelah dilakukan rendam kaki air hangat dan massage pada pasien hipertensi.	Deskriptif studi kasus	Klien Ny.I dengan diagnosa medis Hipertensi pada tanggal 29 Juni 2021 dengan keluhan Nyeri Kepala bagian belakang	Metode pelaksanaan pemberian terapi rendam kaki air hangat dan massage dilaksanakan pada tanggal 29 Juni 2021 sampai 1 Juli 2021, setelah dilakukan pemberian terapi didapatkan skala nyeri dan tekanan darah klien mengalami penurunan nyeri dari 4 menjadi 1 dan penurunan tekanan darah dari 160/100 mmHg menjadi 130/90 mmHg. Terapi non farmakologi rendam kaki air hangat dan massage terbukti dapat mengurangi hipertensi dan mengatasi masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri. Hal ini membuktikan hasil beberapa penelitian yang dilakukan pada pasien hipertensi: merendam dan memijat kaki dengan air hangat dapat digunakan sebagai terapi alternatif yang murah, sederhana dan aman untuk hipertensi.
Triyoso, Mayka Kaduana, Eka Yudha Chrisanto (2021) Pemberian Jus Timun Untuk Menurunkan Rasa	Untuk mengetahui efektivitas pemberian jus timun dalam menurunkan nyeri dan tekanan darah pada	Deskriptif studi kasus	Salah satu pasien hipertensi di belitang oku timur sumatra selatan	Pelaksanaan pemberian terapi pembuatan teh dilaksanakan pada tanggal 05 Mei 2020 s/d 11 Mei 2020. Penelitian dilakukan selama 7 hari, setelah dilakukannya pemberian terapi selama 7 hari menurunkan nyeri dan tekanan darah klien. Terapi non farmakologi pemberian jus timun terbukti dapat menurunkan

Nyaman Nyeri Pada Pasien Hipertensi Di Belitang Oku Timur Sumatra Selatan	klien hipertensi.			nyeri dan tekanan darah pada penderita hipertensi. Hal ini membuktikan beberapa hasil penelitian yang pernah dilakukan kepada klien dengan hipertensi, bahwa pemberian jus timun dapat dijadikan alternatif perawatan hipertensi yang murah, mudah, dan aman.
--	----------------------	--	--	---

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan tanggal 19 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 15.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan data observasi perawat sebagai berikut:

3.1. Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Tn. S bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 61 tahun dan beragama Kristen. Pasien belum menikah. Pendidikan terakhir Pasien SD. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama ± 1 tahun 10 bulan. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Pasien tidak memiliki keluarga yang dapat dihubungi karena pasien berasal dari Liponsos Surabaya. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai tukang bersih-bersih salah satu gereja di daerah Surabaya.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Pasien mengeluh tidak nyaman saat kepalanya terasa berat
2. Keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir : Pasien mengatakan bahwa akhir-akhir ini beliau sering merasa pusing ketika bangun tidur, kepalanya terasa berat, dan leher terasa kaku
3. Penyakit Saat ini : HT + post stroke

3.1.3 Status Fisiologis

1. Postur tulang belakang Tn. S tegak
2. Tanda-tanda vital dan status gizi
 - a. Suhu : 36,0 °C
 - b. Tekanan Darah : 130/80 mmHg
 - c. Nadi : 88 x/menit
 - d. Respirasi : 20 x/menit
 - e. Berat Badan : 45 kg
 - f. Tinggi badan : 155 cm

3.1.4 Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

1. Kepala

Kepala Tn. S bentuk simetris, bersih tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna hitam, rambut pendek dan tidak rontok. Pasien mengeluh pusing dan kepala terasa berat

2. Mata

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

3. Hidung

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

4. Mulut dan Tenggorokan

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

5. Telinga

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

6. Leher

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

7. Dada

Pada Tn. S bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing, vokal fremitus teraba di lapang paru kanan dan kiri, bunyi jantung S1 S2 Tunggal, irama jantung reguler. Ictus cordis 4-5 mid clavicula. Perkusi dada sonor.

8. Abdomen

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

9. Genetalia

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

10. Ekstermitas

Pada Tn. S kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555. Tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh tegak, rentang gerak bebas, Reflek Bisep +/+, reflek trisep +/+.

11. Integumen

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

12. Sistem Neurologis

GCS : E4 V5 M6, Pemeriksaan pulsasi ditemukan CRT < 2 detik, jari-jari dapat digerakkan, 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

Pada saat dilakukan pengkajian TUG (*Time Up Go Test*) didapatkan hasil Tn. S mampu mengangkat satu kaki selama 6 detik dan berjalan tegak lurus dari tempat tidur ke kamar mandi dengan waktu 20 detik. Sehingga total TUG 26 detik yang artinya TUG > 24 detik, maka dapat diinterpretasikan bahwa pasien beresiko jatuh dengan perkiraan kurun waktu 6 bulan

3.1.6 Pengkajian Psikososial

Hubungan dengan Tn S dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Hubungan dengan Tn. S orang lain di panti hanya sebatas kenal karena Tn. S jarang mengobrol dengan banyak orang dan tidak pernah pergi jauh dari kamarnya. Kebiasaan Tn. S selalu berinteraksi dengan teman sebelah tempat tidurnya. Stabilitas emosi Tn. S Stabil.

3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Pada Tn. S ditemukan data bahwa pasien terlihat jarang melakukan aktivitas lain, selain membersihkan tempat tidur, makan, pemeriksaan tekanan darah rutin, dan mengobrol dengan teman sekamarnya di dalam kamar. Tn. S juga tidak pernah mengikuti senam pagi. Usaha Tn. S ketika kepalanya terasa berat dan pusing, beliau hanya tidur saja. Tn. S makan 3x/hari dengan porsi habis. Tn. S minum > 3 gelas /hari (\pm 1500 cc) dengan jenis minuman air mineral, susu, dan teh. Tn. S mengatakan bahwa tidurnya tenang lelap. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur atau berbaring di tempat tidur. Frekuensi BAB Ny. S yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. frekuensi BAK sekitar 4-5 kali sehari. Tn. S mandi 2 x/ hari secara mandiri dan ganti baju 1x/hari.

3.1.8 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

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

2. Fasilitas

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

3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa penanggulangan bencana dan kebakaran. Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan rata.

4. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung.

3.1.9 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck

Pada Tn. S didapatkan bahwa Tn. S memiliki penilaian 5, maka dapat diindikasikan bahwa Tn. S mengalami depresi.

3.1.10 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga

Pada Tn. S didapatkan bahwa Tn. S mampu berinteraksi dengan baik di lingkungan sekitarnya dan mampu memecahkan masalahnya.

3.1.11 Masalah Emosional

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

3.1.12 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

Pada Tn. S didapatkan bahwa dari 10 pertanyaan pasien bisa menjawab 5 pertanyaan dengan baik, yang artinya bahwa Tn. S mengalami kerusakan fungsi intelektual ringan

3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE

Pada Tn. S didapatkan bahwa pasien mampu menjawab 22 dari 30 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga didapatkan bahwa ada gangguan kognitif sedang.

3.1.14 Indeks Barthel

Pada Tn. S didapatkan total skor 95, maka dapat diinterpretasikan bahwa Tn. S memiliki ketergantungan ringan dalam memenuhi kebutuhan ADL.

3.1.15 Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ

Pada Tn. S didapatkan skore "A", yang artinya Tn. S mampu makan, BAB, BAK, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi secara mandiri.

3.2 Pemeriksaan Penunjang

3.2.1 Pemeriksaan penunjang

Pada Tn. S tidak ditemukan pemeriksaan penunjang yang lain, selain pemeriksaan tekanan darah rutin setiap pagi.

3.2.2 Terapi

Tabel 3.1 Pemberian terapi obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Amlodipin 5 mg	1x1	Untuk pengobatan lini pertama hipertensi dan dapat digunakan sebagai agen tunggal untuk mengontrol tekanan darah pada sebagian besar pasien
Vitamin B Complex	1x1	Untuk membantu memenuhi kebutuhan asupan vitamin B complex dalam tubuh

3.3 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No.	Data subjektif	Penyebab	Masalah
1	<p>Data Subjetif :</p> <p>Pasien mengeluh tidak nyaman saat kepalanya terasa berat</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Tn. S terlihat gelisah 2 Pada penilaian afektif inventaris depresi neck didapatkan penilaian 5, maka dapat diindikasikan bahwa Tn. S mengalami depresi. 3 Tekanan darah : 130/80 mmHg 4 Nadi : 88 x/menit 5 Respirase rate : 20 x/menit 	Gejala penyakit	Gangguan rasa nyaman (D. 0078)
	<p>Faktor risiko :</p> <p>Hipertensi</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah : 130/80 mmHg 2. Nadi : 88 x/menit 	-	Risiko perfusi miokard tidak efektif (D. 0014)

	<p>Data Subjektif : Tn. S mengatakan bahwa saat kepalanya terasa berat, yang beliau lakukan hanya tidur</p> <p>Data Objektif : 1. Tn. S terlihat tidak pernah mengikuti senam pagi 2. Tn. S terlihat jarang melakukan aktivitas lain, selain membersihkan tempat tidur, makan, pemeriksaan tekanan darah rutin, rebahan. 3. Saat diadakan terapi aktivitas kelompok, Tn. S tidak ingin menghadiri ketika diajak petugas untuk bergabung</p>	Konflik Pengambilan Keputusan	Manajemen kesehatan tidak efektif (D. 0116)
--	---	-------------------------------	---

3.4 Prioritas Masalah

Tabel 3.3 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit	17-01-2022		<i>Nad</i>
2	Risiko perfusi miokard tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi	17-01-2022		<i>Nad</i>
3.	Manajemen kesehatan tidak efektif b.d konflik pengambilan keputusan	17-01-2022		<i>Nad</i>

1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan Tn. S

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Intervensi	Rasional
1	Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perasaan nyaman Tn. S meningkat dengan kriteria hasil : 1. Rileks meningkat 2. Keluhan tidak nyaman menurun 3. Gelisah menurun (L.08064)	Terapi Relaksasi (I.09326) Observasi 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik 3. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain Edukasi 5. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (napas dalam, relaksasi otot progresif) 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (napas dalam, relaksasi otot progresif)	1. Untuk menggali kemampuan pasien dalam mengatasi rasa tidak nyaman 2. Untuk mengetahui sejauh mana efek terapi relaksasi 3. Agar pasien dapat membacanya kembali dan sebagai panduan untuk latihan teknik relaksasi 4. Untuk membantu mempercepat pemulihan 5. Untuk menambah pengetahuan pasien 6. Memandirikan pasien dalam mengatasi rasa tidak nya
2	Risiko perfusi miokard tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi miokard Tn. S meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tekanan darah membaik 2. Tekanan arteri rata-rata membaik 3. Diaforesis berkurang 4. Takikardi berkurang 5. Denyut nadi radial membaik (L.0201)	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi 1. Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema) 2. Identifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (palpitasi, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah Terapeutik 4. Fasilitasi pasien untuk modifikasi gaya hidup sehat 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress Edukasi 6. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian antiaritmia	1. Untuk mencegah terjadinya penurunan curah jantung 2. Untuk mencegah terjadinya penurunan curah jantung 3. Untuk menjaga kestabilan tekanan darah agar perfusi miokard dapat meningkat 4. Untuk menjaga kerja jantung 5. Dalam kondisi stress, jantung akan berdetak lebih cepat 6. Untuk menjaga kerja jantung

				7. Untuk menjaga irama jantung
3.	Manajemen kesehatan tidak efektif b.d konflik pengambilan keputusan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 60 menit diharapkan manajemen kesehatan Tn. S meningkat dengan kriteria hasil: 1. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat 2. Menerapkan program perawatan meningkat 3. Aktivitas sehari-hari efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan meningkat (L.12104)	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 4. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 5. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 6. Ajarkan ROM aktif di tempat tidur	1. Agar informasi yang disampaikan dapat diterima dengan maksimal 2. Kontrak waktu pasien 3. Agar pasien lebih paham lagi 4. Untuk menambah pengetahuan pasien 5. Untuk menjaga kesehatan 6. Untuk merangsang sirkulasi darah dan mempertahankan kekuatan otot

3.6 Tindakan dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Tindakan dan catatan perkembangan

Hari/Tgl	Jam	No. Diagnosa	Tindakan	Catatan Perkembangan	TTD
Senin, 17/01/22	15.00	1,2,3	1. Membina hubungan saling percaya dengan Tn. S	Senin, 17/01/22 20.30	
	15.20	1,2	2. Mengkaji keluhan pasien Respon: Tn. S mengeluh tidak nyaman saat kepalanya terasa berat dan akhir-akhir ini sering merasa pusing ketika bangun tidur, kepalanya terasa berat, dan leher terasa kaku	Dx 1: S: Tn. S mengatakan bahwa kepalanya sudah lebih mendingan dari pada tadi O: 1. TD 130/80 mmHg 2. N 80x/menit 3. RR 20x/menit 4. Pasien terlihat sedikit tenang	
	15.30	2	3. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan Respon: Tn. S mengatakan ketika kepalanya terasa berat, hanya dibuat tidur	A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 2,3,4,6	
	15.35	1	4. Mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung Respon: Tn. S tidak mengalami tanda dan gejala primer penurunan curah jantung	Dx 2: S: - O: 1. TD 130/80 mmHg 2. N 80x/menit 3. RR 20x/menit 4. Tn. S terlihat lebih sering di tempat tidur	
	15.45	1	5. Mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung Respon: Tn. S tidak mengalami tanda gejala sekunder penurunan curah jantung	A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6,7	
	16.00	1,2	6. Memonitor tekanan darah Respon: TD 130/80 mmHg, N 80x/menit, RR 20x/menit	Dx 3: S: Tn. S mengatakan ketika kepalanya terasa berat, hanya dibuat tidur	
	16.30	1,2	7. Memberikan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi stress	O: Tn. S terlihat lebih banyak tiduran dari pada beraktivitas	
	16.40	2	8. Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain	A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 2,4,5	
	17.00	2,3	9. Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi		

	17.30	1,2,3	10. Menyiapkan makan malam untuk lansia blok A		
	18.00	1,2,3	11. Memberikan makan malam pada Tn. S		
	18.30	2	12. Memonitor respon terhadap terapi relaksasi Respon: Tn. S mengatakan bahwa kepalanya sudah lebih mendingan dari pada tadi		
	18.45	3	13. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan		
	19.00	1,3	14. Memberikan obat oral Amlodipin 5 mg		
	20.00	1,2,3	15. Menganjurkan pasien untuk istirahat		
Selasa, 18/01/22	06.30	1,2,3	1. Mengajak lansia senam pagi Respon: Tn. S tidak mau ikut senam pagi	Selasa, 18/01/22 13.30	
	07.00	1,2,3	2. Mengajarkan ROM aktif di tempat tidur	Dx 1:	
	07.15	1,2	3. Memonitor tekanan darah Respon: TD 120/70 mmHg, N 86x/menit, RR 20x/menit	S: Tn. S mengatakan bahwa kepalanya sedikit enakan setelah diregangkan	
	07.20	1	4. Mengkaji keluhan pasien Respon: Tn. S mengeluh tadi waktu bangun tidur kepala masih terasa sedikit berat	O:	
	07.25	1,2,3	5. Mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung Respon: Tn. S tidak terdapat keluhan sesak nafas, kelelahan, maupun edema	1. TD 120/70 mmHg 2. N 86x/menit 3. RR 20x/menit 4. Pasien terlihat sedikit tenang	
	08.00	1,2,3	6. Memberikan makan pagi pada Tn. S	A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 2,4,6	
	08.30	1	7. Mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung Respon: Tn. S mengatakan bahwa setelah bangun tidur beliau merasakan deg-deg an tapi hanya sebentar	Dx 2:	
	08.40	2	8. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan	S: Tn. S mengatakan bahwa setelah bangun tidur beliau merasakan deg-deg an tapi hanya sebentar O:	
				1. TD 120/70 mmHg 2. N 86x/menit 3. RR 20x/menit 4. Tn. S terlihat sedang membersihkan tempat tidur dan mencuci botol minum A: Masalah belum teratasi	

08.50	2	Respon: Tn. S mengatakan bahwa beliau sudah melakukan seperti kemarin	P: Lanjutkan intervensi no. 3,5,6,7
09.10	1	9. Memonitor respon terhadap terapi relaksasi Respon: Tn. S mengatakan bahwa setelah melakukan nafas dalam merasa sedikit tenang dan kepala tidak seberapa berat, akan tetapi saat bangun tidur kepala masih terasa sedikit berat	Dx 3: S: Tn. S mengatakan bahwa beliau sudah paham tentang Hipertensi O: 1. Tn. S mau melakukan ROM aktif di tempat tidur
09.30	2	10. Memberikan terapi relaksasi otot progresif untuk mengurangi stress	2. Tn. S terlihat sedang membersihkan tempat tidur dan mencuci botol minum
09.45	2	11. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi otot progresif	A: Masalah teratasi sebagian
10.00	3	12. Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi otot progresif	P: Lanjutkan intervensi no. 4,5
10.15	2	13. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	
10.30	3	14. Memonitor respon terhadap terapi relaksasi Respon: Tn. S mengatakan bahwa kepalanya sedikit enakan setelah diregangkan	
11.00	1,3	15. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	
11.30	3	16. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Respon: Tn. S terlihat sedang membersihkan tempat tidur dan mencuci botol minum	
12.00	1,2,3	17. Memberikan edukasi kesehatan tentang hipertensi Respon: Tn. S mengatakan bahwa sudah paham tentang Hipertensi	
12.45	1,2,3	18. Memberikan makan siang pada Tn. S 19. Menganjurkan pasien untuk istirahat	

Rabu, 19/01/22	21.30	1,2,3	1. Menganjurkan pasien untuk tidur	Rabu, 19/01/22 06.00 Dx 1: S: Tn. S mengatakan bahwa kepala sedikit berat tapi setelah melakukan peregangan, kepala terasa lebih nyaman O: 1. TD 120/80 mmHg 2. N 84x/menit 3. RR 20x/menit 4. Pasien terlihat tenang A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 4,6 Dx 2: S: Tn. S mengatakan bahwa setelah bangun tidur beliau sudah tidak merasa deg-deg an O: 1. TD 120/80 mmHg 2. N 84x/menit 3. RR 20x/menit 4. Tn. S terlihat sedang membersihkan tempat tidur A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no. 3,5,6,7 Dx 3: S: Tn. S mengatakan bahwa setelah melakukan nafas dalam saat kepalanya berat O: Tn. S terlihat sedang membersihkan tempat tidur A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi no. 5
	22.30	1,2,3	2. Memeriksa apakah pasien sudah tidur Respon: Tn. S tidur lelap	
	05.00	1,2	3. Mengkaji keluhan pasien Respon: Tn. S mengeluh kepala sedikit berat	
	05.05	1	4. Mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung Respon: Tn. S mengatakan bahwa setelah bangun tidur beliau sudah tidak merasa deg-deg an	
	05.10	1,2	5. Memberikan terapi relaksasi otot progresif untuk mengurangi stress	
	05.25	2	6. Memonitor respon terhadap terapi relaksasi Respon: Tn. S mengatakan bahwa setelah melakukan peregangan, kepala terasa lebih nyaman	
	05.35	1,2	7. Memonitor tekanan darah Respon: TD 120/80 mmHg, N 84x/menit, RR 20x/menit	
	05.45	3	8. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Respon: Tn. S terlihat sedang membersihkan tempat tidur	

BAB 4

PEMBAHASAN

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

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

4.1 Pengkajian

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

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan, nama Tn. S bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 61 tahun dan beragama Kristen. Pasien belum menikah. Pendidikan terakhir Pasien SD. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama \pm 1 tahun 10 bulan. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Pasien tidak memiliki keluarga yang dapat dihubungi karena pasien berasal dari Liponsos Surabaya. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai tukang bersih-

bersih salah satu gereja di daerah Surabaya. Astuti et al., (2021) berpendapat bahwa hipertensi paling banyak terjadi pada seseorang yang berusia 60 tahun keatas, sering bertambahnya usia dapat mengakibatkan penurunan fungsi organ dan fungsi hemodinamik tubuh. Salah satunya adalah penurunan elastisitas dinding pembuluh darah.

Hal ini dapat terjadi karena adanya perubahan fungsi organ dalam tubuh, khususnya pada dinding pembuluh darah. Pengerasan pembuluh darah dapat mengakibatkan meningkatnya tahanan pembuluh darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. Lansia yang tinggal di panti UPTD Griya Wreda mayoritas berusia lebih dari 60 tahun. Sehingga lansia yang berada di panti tersebut mayoritas berpotensi mengalami hipertensi.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Didapatkan data bahwa Tn. S mengeluh tidak nyaman karena kepalanya terasa berat. Fitri Tambunan et al., (2021) berpendapat bahwa keluhan yang sering muncul pada pasien dengan hipertensi seperti sakit kepala. Hal ini sesuai dengan pengkajian yang didapatkan pada Tn. S.

Penderita hipertensi memang kerap mengalami sakit kepala hebat. Kondisi ini biasanya ditandai dengan tekanan darah yang melonjak tinggi secara mendadak dan dapat menimbulkan kerusakan di berbagai organ tubuh dalam waktu cepat.

2. Riwayat penyakit sekarang

Pada Tn. S mengatakan bahwa akhir-akhir ini beliau sering merasa pusing ketika bangun tidur, kepalanya terasa berat, dan leher terasa kaku.

Menurut Fitri Tambunan et al., (2021), keluhan yang sering muncul pada pasien dengan hipertensi seperti sakit kepala bagian belakang, kaku pada leher, mudah lelah, gangguan penglihatan, dan ada pula yang tidak bergejala. Hal ini sesuai dengan pengkajian yang didapat pada Tn. S.

Darah mengalir lebih cepat di dalam pembuluh darah di kepala sehingga kerja otak untuk memenuhi kebutuhan oksigen menjadi lebih besar sehingga menimbulkan adalah sakit kepala. Tekanan darah yang tinggi menyebabkan pembuluh darah pada leher menyempit secara berkala sehingga leher akan mengalami pengerutan pada otot leher maupun pembuluh darah.

3. Riwayat penyakit dahulu

Didapatkan bahwa Tn. S pernah mengalami stroke kurang lebih 3 tahun yang lalu. Puspitasari, (2020) mendefinisikan bahwa stroke merupakan gangguan suplai darah ke otak. Banyak faktor yang dapat memengaruhi kejadian stroke. Hipertensi merupakan faktor pencetus utama terjadinya kejadian stroke, baik stroke hemoragik ataupun iskemik.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Tn. S. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan *Head to Toe* seperti tersebut dibawah ini :

1. Kepala

Pada Tn. S ditemukan bentuk kepala simetris, bersih tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna hitam, rambut pendek dan tidak rontok. Pasien mengeluh pusing dan kepala terasa berat.

Menurut R. P. Sidabutar dan Wiguna P. (1990, dalam Eny, 2014), nyeri kepala pada hipertensi disebabkan oleh adanya gangguan vaskuler atau gangguan kontraktibilitas pembuluh darah di kepala. Ada 2 macam sakit kepala yang dijumpai pada orang-orang yang mempunyai hipertensi yaitu : pegal dan tegang pada kuduk, serta nyeri yang berdenyut-denyut diseluruh kepala, yang timbul pada dini hari dan mereda pada sikap duduk.

Hal ini sesuai dengan data pemeriksaan fisik yang ditemukan pada Tn. S, terdapat keluhan pusing dan kepala terasa berat, serta leher terasa kaku, hal ini dikarenakan adanya gangguan aliran darah di kepala sehingga suplai oksigen dan nutrisi di kepala kurang adekuat.

2. Dada

Pada Tn. S ditemukan bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing, vokal fremitus teraba di lapang paru kanan dan kiri, bunyi jantung S1 S2 Tunggal, irama jantung reguler. Ictus cordis 4-5 mid clavicula. Perkusi dada sonor. Tekanan darah : 130/80 mmHg, nadi : 88 x/menit.

Menurut Potter & Perry (2009, dalam Rofacky & Aini, 2015), kegelisahan, ketakutan, nyeri, dan stress dapat mengakibatkan stimulasi simpatis yang meningkatkan frekuensi denyut jantung, curah jantung dan

resistensi vaskuler. Efek simpatis ini meningkatkan tekanan darah. Kegelisahan meningkatkan tekanan darah sebesar 30 mmHg. Hal ini juga terjadi pada Tn. S, selain faktor usia, faktor psikologis juga dapat mempengaruhi meningkatnya tekanan darah pada seseorang. Berdasarkan hasil pemeriksaan afektif inventaris depresi beck, didapatkan hasil bahwa Tn. S mengalami depresi.

4.2 Pengkajian Konsep Lansia

Pada pemeriksaan keseimbangan ditemukan bahwa Tn. S memiliki resiko jatuh rendah dengan perkiraan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan. Dengan score indeks KATZ “A” yang berasrti mampu makan, BAB, BAK, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi secara mandiri.

Dan pemeriksaan Barthel didapatkan total skor 95, maka dapat diinterpretasikan bahwa Tn. S memiliki ketergantungan ringan dalam memenuhi kebutuhan ADL. Pada pemeriksaan MMSE didapatkan bahwa pasien mampu menjawab 22 dari 30 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga didapatkan bahwa ada gangguan kognitif sedang. Sharp (2011, dalam Sari et al., 2019) berpendapat bahwa salah satu komplikasi hipertensi pada sistem saraf pusat selain stroke juga dapat menyebabkan penurunan fungsi kognitif, salah satunya fungsi memori yang bila dibiarkan secara kronis dapat menyebabkan dementia (vascular cognitive impairment). Terdapat penurunan fungsi kognitif pada Tn. S.

Pada pasien dengan penurunan fungsi kognitif biasanya akan mengalami gangguan memori, terutama pada pasien dengan lanjut usia. Sehingga pada lansia dengan penurunan fungsi kognitif perlu diperhatikan dan diawasi terutama ketika hendak minum obat.

4.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut Brunner dan Sudart (2002, dalam nindia) masalah keperawatan yang mungkin muncul pada kasus hipertensi diantaranya:

1. Penurunan curah jantung
2. Nyeri akut
3. Hipervolemia
4. Intoleransi aktivitas
5. Defisit pengetahuan

Nurarif (2015), berpendapat bahwa ada beberapa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan Hipertensi ditinjau dari aspek fisik atau biologis, antara lain:

1. Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi
3. Nyeri akut b.d tekanan vascular cerebral
4. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan umum
5. Risiko jatuh d.d gangguan penglihatan
6. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi
7. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah
8. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi
9. Koping tidak efektif b.d krisis situasional
10. Ansietas b.d kurang terpapar informasi

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

1. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit
2. Risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi
3. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan konflik pengambilan keputusan

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

1. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

Menurut SDKI (2017), gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh tidak nyaman dan adanya gelisah. Ditandai dengan data dan gejala minor meliputi : mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah, menunjukkan gejala distress, tampak merintih atau menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas. Diagnosis gangguan rasa nyaman ditegakkan apabila rasa tidak nyaman muncul tanpa ada cedera jaringan. Apabila ketidaknyamanan muncul akibat kerusakan jaringan, maka diagnosis yang disarankan ialah nyeri akut atau kronis.

Pada Tn. S semua data tanda gejala mayor gangguan rasa nyaman ditemukan pada saat pengkajian, disertai tanda dan gejala minor meliputi menunjukkan gejala distress. Sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

2. Risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan gaya hidup kurang gerak

Menurut SDKI (2017), risiko perfusi miokard tidak efektif adalah adanya risiko penurunan sirkulasi arteri koroner yang dapat mengganggu metabolisme miokard. Ditandai dengan adanya faktor risiko yang terjadi pada pasien, antara lain: hipertensi, hiperlipidemia, hiperglikemia, hipoksemia, hipoksia, kekurangan volume cairan, pembedahan jantung, penyalahgunaan zat, spasme arteri koroner, peningkatan protein C-reaktif, tamponade jantung, efek agen farmakologis, riwayat penyakit kardiovaskuler pada keluarga, kurang terpapar informasi tentang faktor risiko yang dapat diubah seperti merokok, gaya hidup kurang gerak, dan obesitas. Diagnosis ini ditegakkan pada pasien yang belum berisiko mengalami gangguan pompa jantung. Jika pasien telah berisiko mengalami gangguan pompa jantung maka lebih dianjurkan untuk menegakkan diagnosis risiko penurunan curah jantung.

Pada pengkajian Tn. S terdapat dua data yang menunjukkan faktor risiko terjadinya ketidakefektifan perfusi miokard, yakni hipertensi dan kurang terpapar informasi tentang faktor risiko yang dapat diubah seperti gaya hidup kurang gerak. Sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan gaya hidup kurang gerak.

3. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Menurut SDKI (2017), manajemen kesehatan tidak efektif adalah pola pengaturan dan pengintegrasian penanganan masalah kesehatan ke dalam kebiasaan hidup sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengungkapkan kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan, gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko, gagal menerapkan program perawatan/ pengobatan dalam kehidupan sehari-hari, aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan, tanpa disertai tanda dan gejala minor.

Pada pengkajian Tn. S didapatkan tanda dan gejala yang muncul meliputi : mengungkapkan kesulitan dalam menjalani program perawatan, gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko, gagal menerapkan program perawatan dalam kehidupan sehari-hari, aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan. Dengan ditemukannya data tersebut penulis mengambil diagnosa keperawatan manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

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

komprehensi. Dalam tahap ini penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

1. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

Penyusunan perencanaan pada Tn. S bertujuan untuk meningkatkan perasaan nyaman setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. Dengan kriteria hasil rileks meningkat, keluhan tidak nyaman menurun, gelisah menurun.

Rencana keperawatan yang akan diberikan kepada Tn. S dengan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit diantaranya memberikan terapi relaksasi, mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, memonitor respon terhadap terapi relaksasi, memberikan informasi tertulis tentang prosedur teknik relaksasi, mendemonstrasikan dan melatih teknik relaksasi napas dalam serta relaksasi otot progresif. Menurut Nurman, (2017), relaksasi otot progresif adalah suatu reaksi yang dilakukan dengan cara melakukan peregangan otot dan mengistirahatkannya kembali secara bertahap dan teratur. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri. Dalam penelitian yang telah dilakukannya, didapatkan hasil bahwa terapi relaksasi otot progresif dan tehnik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tekanan darah, dari rata-rata penurunan dapat dilihat pada terapi relaksasi otot progresif sistolik 19,33 mmHg dan diastolik 5,34 mmHg sedangkan penurunan tekanan darah pada terapi relaksasi nafas dalam sistolik 14 mmHg dan diastolik 8,67 mmHg.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis hanya memberikan intervensi berupa pemberian terapi relaksasi nafas dalam dan terapi relaksasi otot

progresif, dikarenakan dalam kasus ini Tn. S mengalami ketidaknyamanan dengan kondisi yang dirasakannya.

2. Risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan gaya hidup kurang gerak

Penyusunan perencanaan bertujuan agar perfusi miokard dapat meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam. Dengan kriteria hasil, tekanan darah membaik, tekanan arteri rata-rata membaik, diaforesis berkurang, takikardi berkurang, denyut nadi radial membaik.

Rencana keperawatan pada Tn. S dengan risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan gaya hidup kurang gerak diantaranya mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema), mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (palpitasi, batuk, kulit pucat), memonitor tekanan darah, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, serta memberikan obat antiaritmia sesuai dosis dari dokter. Menurut Nurkhalis, (2015), faktor risiko penyakit jantung koroner yang dominan adalah hipertensi, dengan volume akhir sistolik saat stress yang lebih dari 70 ml dan fraksi ejeksi ventrikel kiri < 45% cenderung memiliki karakteristik yang berisiko tinggi untuk terjadinya infark miokard dan kematian jantung.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis memberikan perawatan jantung secara dini guna mencegah terjadinya penyakit jantung ataupun kematian jantung yang disebabkan oleh ketidakefektifan perfusi miokard. Masalah keperawatan risiko apabila tidak diatasi atau bahkan diabaikan dapat

berdampak fatal bagi kesehatan tubuh khususnya pada seorang lansia, yang mengalami penurunan fungsi organ tubuh.

3. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Penyusunan perencanaan dilakukan dengan tujuan agar Tn.S dapat memanajemen kesehatannya dengan baik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil Tn. S dapat melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko dengan baik, menerapkan program perawatan, melakukan aktivitas sehari-hari yang efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan.

Rencana keperawatan pada Tn. S dengan manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi diantaranya memberikan edukasi kesehatan tentang hipertensi, menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. Kemenkes RI, (2019) mengatakan bahwa dalam manajemen hipertensi yang dapat dilakukan antara lain kombinasi obat-obatan dan modifikasi gaya hidup, seperti membatasi asupan garam, olahraga, istirahat, mengendalikan stres, serta menghindari makanan-makanan tertentu yang dapat memperparah tekanan darah seseorang. Pengetahuan masyarakat mengenai manajemen hipertensi saat ini masih kurang. Pendidikan merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan seseorang. Pendidikan dapat diberikan pada berbagai bidang, termasuk kesehatan. Pendidikan kesehatan efektif dapat meningkatkan pengetahuan manajemen hipertensi (Ulya & Iskandar, 2017).

Berdasarkan pernyataan diatas penulis memberi intervensi edukasi kesehatan tentang hipertensi, guna untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan, dan kemandirian pasien dalam melakukan manajemen kesehatan khususnya dalam manajemen hipertensi.

4.5 Implementasi

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

1. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

Implementasi yang diberikan kepada Tn. S dengan Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit yaitu memberi terapi relaksasi, mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, memonitor respon terhadap terapi relaksasi, memberikan informasi tertulis tentang prosedur teknik relaksasi, mendemonstrasikan dan melatih teknik relaksasi napas dalam serta relaksasi otot progresif.

Implementasi mengkaji keluhan pasien yang bertujuan untuk mengetahui kondisi pasien saat ini secara subjektif. Implementasi Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan bertujuan untuk mengetahui kemampuan pasien dalam mengatasi rasa tidak nyaman dan didapatkan bahwa Tn. S mengatakan ketika kepalanya terasa berat, hanya dibuat tidur. Memberikan terapi relaksasi napas dalam bertujuan untuk meningkatkan rasa nyaman dan didapatkan Tn. S mau mengikuti instruksi dari perawat. Memonitor respon terhadap terapi relaksasi bertujuan untuk

mengetahui sejauh mana efektifitas terapi relaksasi yang dirasakan pasien dan didapatkan keluhan Tn. S sudah lebih nyaman dibanding sebelum diberi terapi relaksasi. Mendemonstrasikan dan melatih teknik relaksasi nafas dalam dan otot progresif bertujuan untuk memandirikan pasien dalam mengatasi rasa tidak nyaman.

2. Risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan gaya hidup kurang gerak

Implementasi keperawatan pada Tn. S dengan risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan gaya hidup kurang gerak diantaranya mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema), mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (palpitasi, batuk, kulit pucat), memonitor tekanan darah, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, serta memberikan obat antiaritmia sesuai dosis dari dokter.

Berdasarkan implementasi diatas, penulis lebih fokus pada memonitor tekanan darah, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, dan menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi karena tekanan darah yang meningkat disebabkan oleh depresi atau stress yang dialaminya. Hal ini dapat dilihat dari hasil pemeriksaan afektif inventaris depresi beck pada Tn. S memiliki penilaian 5, maka dapat diindikasikan bahwa Tn. S mengalami depresi. Selain itu juga risiko perfusi miokard tidak efektif yang terjadi pada Tn. S bisa dikarenakan kurangnya aktivitas yang dilakukan sehari-hari, hal ini dapat dilihat dari pengkajian perilaku terhadap kesehatan pada Tn. S

ditemukan data bahwa pasien terlihat jarang melakukan aktivitas lain, selain membersihkan tempat tidur, makan, pemeriksaan tekanan darah rutin, dan mengobrol dengan teman sekamarnya di dalam kamar. Tn. S juga tidak pernah mengikuti senam pagi.

3. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Implementasi keperawatan pada Tn. S dengan manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi diantaranya memberikan edukasi kesehatan tentang hipertensi, menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Berdasarkan implementasi diatas, hampir semua perilaku hidup bersih dan sehat disediakan oleh pihak panti Wreda, mulai dari senam pagi hingga terapi aktivitas kelompok. Selama pelaksanaan asuhan keperawatan didapatkan bahwa Tn. S tidak pernah mengikuti senam pagi dan tidak mau bergabung dalam terapi aktivitas kelompok.

4.6 Evaluasi

1. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

Evaluasi pada pemberian intervensi terapi relaksasi nafas dalam dan terapi relaksasi otot progresif hingga hari ke -3 didapatkan hasil Tn. S bahwa setelah melakukan peregangan, kepala terasa lebih nyaman. Tn. S dapat mengulangi teknik relaksasi yang telah dilatih, pasien terlihat lebih tenang, TD 120/80 mmHg, N 84x/menit. Dengan analisa masalah teratasi sebagian dan tetap melanjutkan intervensi latihan teknik relaksasi napas dalam dan

relaksasi otot progresif, menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain hingga perasaan nyaman dapat meningkat.

2. Risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dan gaya hidup kurang gerak

Evaluasi pada pemberian intervensi monitoring tekanan darah, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, dan menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi sampai hari ke-3 didapatkan hasil terdapat penurunan tekanan darah dari 130/80 mmHg menjadi 120/80 mmHg, N 84x/menit, pasien lebih tenang dibandingkan dengan pada saat pengkajian, sedangkan untuk aktivitas fisik yang dilakukan dari awal pengkajian hingga sekarang hanya aktivitas dasar dan hanya berada di sekitar tempat tidurnya. Tn. S mendapat terapi Amlodipin 1 x 5 mg dikonsumsi sesuai resep. Dengan analisa masalah teratasi sebagian dan tetap melanjutkan intervensi memonitor tekanan darah, menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, serta memberikan obat antiaritmia sesuai dosis dari dokter.

3. Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Evaluasi pada pemberian intervensi edukasi kesehatan tentang hipertensi dan mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat pada Tn. S sampai hari ke-3 didapatkan hasil pasien mengatakan sudah paham tentang hipertensi, akan tetapi pasien tidak menunjukkan adanya perubahan perilaku hidup sehat, pasien belum terlihat mengikuti senam pagi, pasien belum terlihat mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok, pasien hanya

melakukan aktivitas dasar seperti membersihkan kasur, mencuci botol minum, mengikuti pemeriksaan tekanan darah setiap pagi, dan sebagian besar waktu luang pasien hanya diisi dengan tidur. Dengan analisa masalah teratasi sebagian dan tetap melanjutkan intervensi mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 Simpulan

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

1. Saat pengkajian tidak semua tanda dan gejala Hipertensi muncul pada Tn. S, hanya didapatkan pusing, kepala terasa berat, leher kaku, dan tekanan darah lebih dari nilai normal.
2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Tn. S yaitu gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, gaya hidup kurang gerak, dan manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama diharapkan tercapainya kebutuhan rasa nyaman pada Tn. S karena tanda gejala Hipertensi yang beliau rasakan.
4. Pada evaluasi tanggal 19 Januari 2022 didapatkan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada Tn. S belum terpenuhi dan masih harus melanjutkan

tindakan keperawatan yang dapat menunjang kebutuhan rasa nyaman. Pemantauan risiko perfusi miokard tidak efektif yang dilakukan hingga tanggal 19 Januari 2022 didapatkan hasil bahwa risiko tersebut masih teratasi sebagian dan tindakan-tindakan seperti monitoring tekanan darah masih terus dilakukan. Sedangkan untuk masalah keperawatan manajemen kesehatan tidak efektif pada Tn. S didapatkan bahwa hingga tanggal 16 Januari 2022, pasien belum sepenuhnya mampu untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, sehingga masih terus dilakukan pengajaran perilaku hidup bersih dan sehat, terutama mengajak pasien untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang telah diselenggarakan oleh pihak panti.

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 mampu menyelesaikan sendiri masalah yang ada, meningkatkan aktivitas fisik sesuai dengan toleransi agar kebugaran tubuh tetap terjaga

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mampu memberikan asuhan keperawatan gerontik dengan lebih kompeten dan profesional, khususnya pada lansia dengan hipertensi guna mencegah terjadinya komplikasi yang mengarah ke organ-organ penting tubuh atau bahkan mengarah ke kematian.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrian, S. J. (2019). Hipertensi Esensial: Diagnosis dan tatalaksana terbaru pada dewasa. *Cdk-274*, 46(3), 172–178. <http://www.cdkjournal.com/index.php/CDK/article/view/503%0A>
- Alipiani, S. (2020). *Perawatan Klien Hipertensi Dengan Masalah Risiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak Berbasis Teori Kenyamanan Kolcaba* [Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-20203177951%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-08879%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-0884z%0Ahttps://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193%0Ahttp://serse.org/journals/index.php/IJAST/article>
- Alvaredo, M. K. (2022). Efektifitas Terapi Rendam Kaki Air Hangat Dan Massage Pada Klien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 5(6), 1945–1950.
- Anggita, L. (2021). *Asuhan Keperawatan Lansia Ny. S Masalah Keperawatan Ketidapatuhan Pada Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa Darungan Lumajang*. Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
- Astuti, V. W., Tasman, T., & Amri, L. F. (2021). Prevalensi Dan Analisis Faktor Risiko Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang. *BIMIKI (Berkala Ilmiah Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia)*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.53345/bimiki.v9i1.185>
- Bachrudin, M. M. N. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Cahyani, N. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. C Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Tulip Rumah Sakit TK III Brawijaya Surabaya [Akademi Keperawatan Kerta Cendekia]. In *Journal of Chemical Information and Modeling*. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101607%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.ij-su.2020.02.034%0Ahttps://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cjag.12228%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104773%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.011%0Ahttps://doi.org>
- Eny, A. (2014). Pengaruh Fisioterapi Kepala (Masase Kepala) Terhadap Penurunan Nyeri Kepala Pada Klien Hipertensi Di Rumah Sakit William Booth Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 3(2), 7.
- Fitri Tambunan, F., Nurmayni, Rapiq Rahayu, P., Sari, P., & Indah Sari, S. (2021). *Buku Saku Hipertensi*.
- Fitrianti, S., & Putri, M. E. (2018). Pemberian Relaksasi Otot Progresif pada Lansia Dengan Hipertensi Essensial di Kota Jambi. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 18(2), 368. <https://doi.org/10.33087/jjubj.v18i2.481>
- Insana, M. (2018). Gangguan Rasa Nyaman Pada Pasien Hipertensi. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 3(Vol 3 No 2 (2018): Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)), 2.
- Kasiati, N. W. D. (2015). Kebutuhan Dasar Manusia 1. In *Pusdik SDM Kesehatan* (1st ed.). Pusdik SDM Kesehatan.

- https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil_wars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625
- Kemendes RI. (2019). Hipertensi Si Pembunuh Senyap. *Kemendes Kesehatan RI*, 1–5.
- Kemendes Kesehatan. (2016). *Profil Kesehatan*. 100.
- Kholifa, S. N. (2016). Keperawatan Gerontik. In *Pusdik SDM Kesehatan*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Mujiran. (2019). Hubungan tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan sikap dalam pencegahan komplikasi hipertensi pada lansia peserta PROLANIS UPT PUSKESMAS JENAWI KARANGANYAR Relationship Of The Level Of Knowledge About Hypertension With Attitude In The Prevention Of. *PLACENTUM Jurnal Ilmiah Kesehatan Dan Aplikasinya*, 7(2), 2019
- Nasrullah, D. (2016). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 1. In *Trans Info Media*. Trans Info Media. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Gerontik-Komprehensif.pdf>
- Nurarif, A. H. (2015). *Aplikasi Nanda Nic-Noc; Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Jilid 2*. Mediacion.
- Nurkhalis. (2015). Hubungan Volume Akhir Sistolik Dan Fraksi Ejeksi Ventrikel Kiri Dengan Abnormalitas Perfusi Miokard Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 15(1), 20–28.
- Nurman, M. (2017). Efektifitas Antara Terapi Relaksasi Otot Progresif Dan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Desa Pulau Birandang Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Timur Tahun 2017. *Jurnal Ners Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai*, 1(2), 108–126. <https://doi.org/10.31004/jn.v1i2.122>
- Nursalam. (2015). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis. In *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* (Edisi 3). Salemba Medika.
- PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Pratiwi, R. I., & Perwitasari, M. (2017). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Hipertensi Dalam Penggunaan Obat di RSUD Kardinah. *2nd Seminar Nasional IPTEK Terapan (SENIT)*, 15–17.
- Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 922–926. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435>
- Riskesdas Jatim. (2018). Laporan Provinsi Jawa Timur RISKESDAS 2018. In *Kemendes Kesehatan RI*. <https://drive.google.com/drive/folders/1XYHFQuKucZIwmCADX5ff1aDhfJgqzI-l%0A>
- Rofacky, H. F., & Aini, F. (2015). Pengaruh Terapi Spritual Emotional Freedom Technique (Seft) Terhadap Penurunan Tekanan Darah Penderita Hipertensi.

- Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, 10(3), 41–52
- Sari, R. V., Kuswardhani, R. T., Aryana, I. G. P. S., Purnami, R., Putrawan, I. B., & Astika, I. N. (2019). Hubungan hipertensi terhadap gangguan kognitif pada lanjut usia di panti werdha wana seraya Denpasar. *Jurnal Penyakit Dalam Udayana*, 3(1), 14–17. <https://doi.org/10.36216/jpd.v3i1.45>
- Sensussiana, T. (2020). *Modul Keperawatan Dasar 3*. Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.
- Setiawan, B. M., & Budiningsih, T. E. (2013). Kesepian pada Lansia di Panti Werdha Sultan Fatah Demak. *Developmental and Clinical Psychology*, 2(1), 44–47.
- Simatupang, A. (2018). *Buku Referensi Hipertensi* (Issue 2).
- Triyanto, E. (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu.
- Ulya, Z., & Iskandar, A. (2017). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Media Poster Terhadap Pengetahuan Manajemen Hipertensi Pada Penderita Hipertensi. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 12(1), 38. <https://doi.org/10.20884/1.jks.2017.12.1.715>
- Utami, C. (2016). Integrasi Teori/ Model Kenyamanan (Kolcaba) Pada Ruang Perawatan Resiko Tinggi [Universitas Udayana]. In *Integrasi Teori/ Model Kenyamanan (Kolcaba) Pada Ruang Perawatan Resiko Tinggi*. https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_dir/72f9c72c5ab9462a7894dc8ef1415033.PDF

Lampiran 1

CURICULUM VITAE

Nama : Nadiyah Fithriyani, S. Kep.
 Tempat, Tanggal lahir : Surabaya, 01 Juli 1999
 Alamat : Perum Jumputrejo Permai B 14 RT 29 RW 07
 Kelurahan Jumputrejo Kecamatan Sukodono
 Kabupaten
 Agama : Islam
 Email : fithriyaninadiyah68@gmail.com

Riwayat pendidikan :

Tahun lulus	Program Pendidikan	Institusi
2005	Taman Kanak-kanak	TK Nurul Huda Banyu Urip Lor Surabaya
2011	Sekolah Dasar	SDN Jumputrejo Sukodono Sidoarjo
2014	Sekolah Menengah Pertama	SMPN 1 Sukodono Sidoarjo
2017	Sekolah Menengah Atas	SMA Wachid Hasyim 2 Taman Sidoarjo
2021	Strata I Keperawatan	STIKES Hang Tuah Surabaya

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN**MOTTO**

*“Tantangan, Kegagalan, Kekalahan, Dan Akhirnya
Kemajuan, Adalah Sesuatu Yang Akan Membuat Hidupmu
Jauh Lebih Berarti”*

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan Tugas Akhir Ilmiah saya dengan baik dan tepat waktu. Tugas Akhir Ilmiah ini saya persembahkan kepada:

1. Orang tua yang sangat saya sayangi dan saya cintai (Bapak Samsuri Budiarso dan Ibu Nunuk Indrawati) yang selalu memberikan dukungan, motivasi, semangat, serta do'a yang tiada henti
2. Adik saya (Riska Luthfiyana Rusydah) yang selalu memberikan semangat dan perhatian disaat saya lelah memikirkan Karya Ilmiah Akhir
3. Untuk Ibu Hidayatus dan Pak Didik yang selama ini selalu memberikan bimbingan ilmu kepada saya
4. Sahabat saya Zona Nyaman (Puspa, Tiara, Fenny, Shonia, Evin, dan Aswinda) yang selalu memberikan motivasi dan semangat agar segera menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir
5. Teman sebimbingan (Tiara, Evin, Fenny, Salwa, Arif, dan Nabilah) yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir
6. Teman-teman profesi Ners angkatan 22 STIKES Hang Tuah Surabaya

Lampiran 3

TES KESEIMBANGAN UNTUK LANSIA (*TIME UP GO TEST*)

No.	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1.	17-01-2022	Pasien mengangkat satu kaki selama 6 detik
2.	18-01-2022	Pasien berjalan tegak lurus dari kasur ke kamar mandi 20 meni
Rata-rata Waktu TUG		26 detik
Interpretasi hasil		Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan

Interpretasi hasil:

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**

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

Lampiran 4

PENGAJIAN AFEKTIF**Inventaris Depresi Beck**

Berisi 13 hal yang menggambarkan berbagai gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi

No.	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	0
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	1
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	0
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	1
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
6.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	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				6

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

Penilaian: Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

Kesimpulan:

Tn. S mengalami depresi

Lampiran 5

PENGKAJIAN STATUS SOSIAL

Dengan menggunakan APGAR

No	Fungsi	Uraian	Skore
1	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuaatu 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 efek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih, atau mencintai	1
5	Pemecahan	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	1
Total			8

(Smilkstein, 1978 dalam Gerontologic Nursing and health aging 2005)

Penilaian:

Jika pertanyaan yang dijawab selalu (poin 2), kadang-kadang (poin 1), hamper tidak pernah (poin 0)

Intepretasi:

< 3 = Disfungsi berat

4-6 = Disfungsi sedang

> 6 = Fungsi baik

Kesimpulan:

Tn. S memiliki fungsi sosial yang baik

Lampiran 6

TINGKAT KERUSAKAN INTELEKTUAL

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

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini:

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

Interpretasi : Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah= 0, fungsi intelektual utuh Intepretasi:

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Keterangan :

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

Kesimpulan:

Tn. S mengalami kerusakan fungsi intelektual ringan

Lampiran 7

IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF

Dengan menggunakan **MMSE (Mini Mental Status Exam)**

No.	Aspek kognitif	Nilai maks	Nilai klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	2	Menyebutkan dengan benar: Tahun: 2022 Musim: Hujan Tanggal: - Hari: - Bulan: -
2.	Orientasi	5	4	Dimana sekarang kita berada? Negara : Indonesia Propinsi: Jawa timur Kabupaten/Kota: Surabaya Panti: -
3.	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek, 1 detik untuk mengatakan masing-masing (missal: kursi, meja, kertas), kemudian ditanyaka kepada klien: 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas (beri 1 point untuk setiap jawaban yang benar) Kemudian ulangi sampai ia mempelajari ketiganya.
4.	Perhatian dan kalkulasi	5	3	Seri 7's. 1 point untuk setiap kebenaran 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	7	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut) 2 point 1. Botol
				2. Kasur Minta klien untuk mengulangi kata berikut: “tidak ada, dan, jika, atau tetapi (1 point) Klien menjawab: Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. Ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh di lantai(3 point) 1. 2. 3. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 pont) “tutup mata anda” (1 point) Perintahkan pada klien untuk menulis kalimat dan menyalin gambar (2 point)
Total nilai:		30	22	Intrepetasi: Gangguan kognitif sedang

Intrepetasi:

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif ringan

Kesimpulan:

Tn. S mengalami gangguan kognitif sedang

Lampiran 8

INDEKS KATZ

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