

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. A DENGAN
MASALAH KESEHATAN HIPERTENSI DAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI KRONIS DI UPTD GRIYA
WREDA JAMBANGAN SURABAYA



Oleh :

Indah Nuraini, S. Kep.
NIM. 2130123

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

2022

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. A DENGAN
MASALAH KESEHATAN HIPERTENSI DAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI KRONIS DI UPTD GRIYA
WREDA JAMBANGAN SURABAYA**

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



Oleh :

Indah Nuraini, S. Kep.

NIM. 2130123

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

2022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 22 Juni 2022
Penulis,

(Indah Nuraini, S.Kep.)
NIM. 2130123

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Indah Nuraini

NIM : 2130123

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. A dengan
Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah
Keperawatan Nyeri Kronis Di UPTD Griya Wreda
Jambangan Surabaya

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

NERS (Ns)

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik

Yoga Kertapati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom.
NIP. 03042

Desy Dwi Arvanita, S.Kep.,Ns

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 04 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Indah Nuraini
NIM : 2130123
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. A dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Telah dipertahankan di depan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir STIKES Hang
Tuah Surabaya, pada:

Hari, Tanggal : Sabtu, 09 Juli 2022
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar NERS pada Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang
Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : Dr.A.V.Sri Suhardiningsih,S.Kp.,M.Kes
NIP. 03015

Penguji I : Yoga Kertapati,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom
NIP. 03042

Penguji II : Desy Dwi Arvanita, S.Kep.,Ns

Mengetahui,

Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : Juli 2022

KATA PENGANTAR

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

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

1. Laksamana Pertama (Purn) TNI AL DR. A.V Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya dan selaku ketua penguji Karya Ilmiah Akhir yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Bapak Yoga Kertapati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan

bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.

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

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

Surabaya, Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
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.....	4
1.5 Secara Teoritis.....	5
1.5.1 Secara Praktis	5
1.6 Metode Penulisan	6
1.6.1 Metode.....	6
1.6.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.6.3 Sumber Data.....	7
1.7 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Lansia	9
2.1.1 Definisi Lansia	9
2.1.2 Batasan Umur Lansia	10
2.1.3 Karakteristik Lansia	10
2.1.4 Tipe Lansia.....	10
2.1.5 Proses Penuaan.....	11
2.1.6 Tugas Perkembangan Lansia.....	11

2.1.7	Lansia Sebagai Populasi Beresiko.....	12
2.1.8	Konsep Teori Functional Consequences	12
2.2	Konsep Penyakit Hipertensi	16
2.2.1	Definisi.....	16
2.2.2	Etiologi.....	17
2.2.3	Anatomi dan fisiologi.....	19
2.2.4	Patofisiologi	23
2.2.5	Pemeriksaan Penunjang.....	25
2.2.6	Penatalaksanaan	25
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	27
2.3.1	Konsep Asuhan Keperawatan pada Lansia	27
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	34
2.3.3	Intervensi Keperawatan.....	35
2.4	WOC.....	37
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		38
3.1	Pengkajian Keperawatan	38
3.1.1	Identitas Pasien.....	38
3.1.2	Riwayat Kesehatan	38
3.1.3	Status Fisiologis	38
3.1.4	Pemeriksaan Fisik (Head To Toe).....	39
3.1.5	Pengkajian keseimbangan Untuk Lansia.....	41
3.1.6	Pengkajian Psikososial	41
3.1.7	Pengkajian Terhadap Perilaku Kesehatan	42
3.1.8	Pengkajian Lingkungan.....	42
3.1.9	Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck.....	43
3.1.10	Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga	43
3.1.11	Masalah Emosional	43
3.1.12	Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ	43
3.1.13	Identifikasi Aspek Kognitif MMSE	44
3.1.14	Indeks Barthel	44
3.1.15	Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-Hari Indeks KATZ ..	44
3.2	Pemeriksaan Penunjang.....	44
3.3	Analisis Data	45
3.4	Prioritas Masalah.....	47

3.5	Rencana Intervensi Keperawatan	48
3.6	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	51
BAB 4 PEMBAHASAN		56
4.1	Pengkajian	56
4.1.1	Identitas	56
4.1.2	Riwayat Kesehatan	57
4.1.3	Pemeriksaan Fisik	57
4.2	Pengkajian Konsep Lansia	59
4.3	Diagnosa Keperawatan.....	59
4.4	Tujuan dan Intervensi Keperawatan.....	62
4.5	Implementasi	65
4.6	Evaluasi	67
BAB 5 PENUTUP.....		68
5.1	SIMPULAN	68
5.2	SARAN	69
DAFTAR PUSTAKA		70
LAMPIRAN.....		72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Jantung – Sumber Alodokter.....	19
Gambar 2. 2 WOC Hipertensi.....	37

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Konsep Intervensi Keperawatan pada Hipertensi	35
Tabel 3. 1 Terapi Obat	44
Tabel 3. 2 Analisis Data	45
Tabel 3. 3 Prioritas Masalah.....	47
Tabel 3. 4 Rencana Keperawatan.....	48
Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curiculume Vitae.....	72
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	73
Lampiran 3 SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam	75
Lampiran 4 Leaflet Cara Menangani Hipertensi.....	77

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lanjut usia adalah dimana seseorang mengalami penambahan umur dengan disertai dengan penurunan fungsi fisik yang ditandai dengan penurunan massa otot serta kekuatannya, laju denyut jantung maksimal, peningkatan lemak tubuh, dan penurunan fungsi otak (Carolina dalam Fredy dkk,2020). Kelompok lanjut usia merupakan kelompok penduduk yang berusia 60 tahun keatas. Pada lanjut usia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi (Hanum dalam Fredy dkk,2020). Perubahan-perubahan pada lansia di negaranegara maju yaitu perubahan pada sistem kardiovaskuler yang merupakan penyakit utama yang memakan korban karena akan berdampak pada penyakit lain seperti hipertensi, penyakit jantung koroner, jantung pulmonik, kardiomiopati, stroke, gagal ginjal (Fatmah dalam Sri Agustina, 2014). Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan sebuah kondisi medis dimana orang yang tekanan darahnya meningkat diatas normal yaitu 140/90 mmHg dan dapat mengalami resiko kesakitan (morbiditas) bahkan kematian (mortalitas) (Sri Agustina, 2014).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), lansia (lanjut usia) adalah usia yang meliputi usia pertengahan (45- 59 tahun), usia lanjut (60-74 tahun), usia lanjut tua (75-90 tahun) dan usia sangat tua (diatas 90 tahun). Salah satu penyakit yang banyak di derita oleh lansia yaitu hipertensi. Berdasarkan Riskesdas tahun

2018 prevalensi hipertensi menurut hasil pengukuran pada penduduk usia ≥ 18 tahun di Indonesia adalah sebesar 34,1% (1). Dinas Kesehatan Kota Surabaya tahun 2020 melaporkan sebanyak 399.435 jiwa (31,13%) yang menderita hipertensi dari total penduduk 2.266.847 jiwa yang berumur ≥ 18 (Novera dkk, 2021). Berdasarkan data di UPTD Griya Wreda Surabaya selama 3 bulan terakhir, dari total 184 lansia terdapat 66 lansia yang mengalami masalah kesehatan hipertensi.

Penyakit ini diakibatkan kondisi dimana cairan darah dalam tubuh menekan dinding arteri dengan cukup kuat sehingga menyebabkan penyakit hipertensi (anindya, 2009). Penyebab hipertensi yang utama adalah kebiasaan dan gaya hidup yang tidak sehat, misalnya suka minum alkohol, suka merokok, kurang berolahraga atau beraktivitas, stress, suka makanan dengan kadar gula berlebih, suka minum berkafein, dan sering mengkonsumsi makanan berkolesterol tinggi (doengoes, 2009). Komplikasi yang akan ditimbulkan jika tidak segera ditangani yaitu stroke, infark miokard, gagal ginjal, ensefalopati (kerusakan otak), dan kejang (anindya, 2009). Pada lanjut usia didapatkan beberapa faktor-faktor yang dapat menyebabkan hipertensi diantaranya faktor genetik (keturunan), umur, zat toksin, jenis kelamin, etnis, stres, obesitas, nutrisi, merokok, narkoba, alkohol, kafein, kurangnya olahraga kolesterol tinggi, kelainan ginjal, konsumsi natrium yang tinggi yang masuk ke dalam tubuh (Susilo dan Wulandari, 2011). Tingginya risiko terkena hipertensi pada lansia dikarenakan rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan tekanan darah sejak dini tanpa harus menunggu adanya gejala yang muncul, kurang aktif mengikuti kegiatan penyuluhan yang diberikan

oleh petugas, pola makan yang tidak sehat dan kurangnya olahraga yang dapat memicu peningkatan tekanan darah (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur)

Oleh karena itu, Negara Indonesia yang sedang membangun disegala bidang perlu memerhatikan pendidikan kesehatan masyarakat untuk mencegah timbulnya penyakit seperti hipertensi. Hipertensi perlu dideteksi dini yaitu dengan pemeriksaan tekanan darah secara berkala, yang dapat dilakukan pada waktu checkup kesehatan atau saat periksa ke dokter. Pencegahan penyakit hipertensi dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan seperti klien disarankan untuk berpartisipasi pada kegiatan dan disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan seperti jogging, bersepeda atau berenang. Perawat dapat mengajarkan klien untuk berhenti merokok, tidak mengonsumsi alkohol, dan juga menghindari makan yang mengandung garam berlebih untuk menstabilkan tekanan darah (Anindya, 2009). Penatalaksanaan penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara minum obat secara teratur dan benar sesuai dengan anjuran dokter dengan sekali dalam sehari (Anindya, 2009).

Peran perawat sebagai petugas kesehatan memberikan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat khususnya keluarga tentang penyakit hipertensi. Disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan efektif meningkatkan pengetahuan keluarga tentang hipertensi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat Karya Ilmiah Akhir tentang Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. Hipertensi, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut :

”Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A dengan Hipertensi di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui secara spesifik asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A dengan hipertensi di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian pada klien Tn. A dengan hipertensi di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.
2. Mengidentifikasi analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan pada Tn. A dengan hipertensi di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.
3. Menentukan perencanaan intervensi keperawatan pada Tn. A dengan hipertensi di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada Tn. A dengan hipertensi di UPTD Panti Griya Jambangan Wreda Surabaya.
5. Menilai evaluasi asuhan keperawatan pada Tn. A dengan hipertensi di UPTD Panti Griya Wreda Surabaya.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun

manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut di bawah ini :

1.5 Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka penyakit hipertensi terutama pada para lansia dengan masalah kesehatan hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.5.1 Secara Praktis

1. Bagi instansi UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

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 baik bagi lansia yang tinggal di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

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 Klien

Sebagai bahan himbauan kepada klien terutama yang memiliki masalah kesehatan hipertensi agar dapat menerapkan tindakan Teknik relaksasi 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.

1.6 Metode Penulisan

1.6.1 Metode

Penulis menggunakan metode studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

1.6.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

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

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan

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

4. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan

selanjutnya.

1.6.3 Sumber Data

1. Data Primer, adalah data yang diperoleh dari pasien
2. Data Sekunder, adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.
3. Studi Kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.7 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi.

BAB 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori

dan opini serta analisis

BAB 5 : Simpulan dan saran.

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 dan cara penanganan secara medis. 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 Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia merupakan salah satu populasi beresiko yaitu sekumpulan orang yang memiliki kemungkinan besar untuk mengalami perburukan masalah kesehatan lebih cepat akibat faktor-faktor resiko yang mempengaruhinya (Wisodhanie, 2021). Lanjut usia adalah sebagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan hingga akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Lanjut usia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh tuhan yang maha esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Azizah, 2012). Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas.

2.1.2 Batasan Umur Lansia

Menurut WHO, usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut :

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

2.1.3 Karakteristik Lansia

Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut : berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat 2 UU No. 13 tentang kesehatan), kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sahat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi mal adaptif, lingkungan tempat tinggal bervariasi (Maryam dkk 2008 dalam Sunaryo dkk 2016).

2.1.4 Tipe Lansia

Menurut Nugroho (2008) dalam Sunaryo dkk (2016), tipe lansia yaitu :

1. Tipe arif bijaksana, lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.
2. Tipe Mandiri, lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.
3. Tipe tidak puas, lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan

kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik.

4. Tipe pasrah, lanjut usia yang selalu menerima dan menungu nasib baik, mempunyai konsep habis (habis gelap datang terang), mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apapun dilakukan.
5. Tipe bingung, lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

2.1.5 Proses Penuaan

Tahap dewasa merupakan tahap tubuh mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu tubuh mulai menyusut dikarenakan berkurangnya jumlah sel-sel yang ada didalam tubuh. Sebagai akibatnya tubuh juga akan mengalami penuaan fungsi secara perlahan-lahan (Maryam dkk 2008 dalam Sunaryo dkk 2016).

2.1.6 Tugas Perkembangan Lansia

Menurut Potter & Perry 2009 dalam Sunaryo dkk 2016, tugas perkembangan pada lansia yaitu beradaptasi terhadap penurunan kesehatan dan kekuatan fisik, beradaptasi terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan, beradaptasi terhadap kematian pasangan, menerima diri sebagai individu yang menua, mempertahankan kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kondisi hidup.

2.1.7 Lansia Sebagai Populasi Beresiko

Stanhope dan Lancaster (2016) dalam Stefanus, dkk (2018) mengungkapkan bahwa resiko biologi termasuk resiko terkait usia pada lanjut usia yaitu terjadinya berbagai penurunan fungsi biologi akibat proses menua. Resiko social dan lingkungan pada lanjut usia yaitu adanya lingkungan yang memicu stress. Aspek ekonomi pada lansia yaitu penurunan pendapatan akibat pensiun. Resiko perilaku atau gaya hidup serta pola kebiasaan kurangnya aktivitas fisik dan konsumsi makanan yang tidak sehat dapat memicu terjadinya penyakit dan kematian. Miller (2012) dalam teorinya *functional consequences* mengatakan penurunan berbagai fungsi tubuh merupakan konsekuensi dari bertambahnya usia.

2.1.8 Konsep Teori Functional Consequences

a. *Functional Consequences*

Teori ini merupakan teori *Midle Range Theory of Carol Ann Miller* yang dikenal dengan *functional consequences theory*. Teori ini dibangun dari penelitian, praktik pengembangan beberapa teori berdasarkan penelitian penuaan, kesehatan dan memberikan asuhan keperawatan kepada lansia. Teori ini menjelaskan hubungan individu, kesehatan, keperawatan dan lingkungan bertujuan menggambarkan, menjelaskan dan memprediksi keperawatan pengembangan teori ini mengacu pada teori konsep kesejahteraan, kesehatan dan keperawatan holistik (Miller, 2009).

Functional Consequences Theory terdiri dari teori tentang penuaan, lansia, dan keperawatan holistik. Konsep domain keperawatan adalah orang, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan dihubungkan bersama secara khusus. Inti dasar dari teori ini adalah :

1. Asuhan keperawatan holistik merupakan hubungan semangat pikiran tubuhlansia mencakup semua fungsi termasuk psikologis.
2. Faktor risiko merupakan penyebab masalah terbesar lansia dari perubahan terkait usia.
3. Gabungan perubahan terkait usia dan faktor risiko menimbulkan konsekuensi fungsional positif atau negatif pada lansia.
4. Konsekuensi fungsional negatif dilakukan tindakan mengurangi atau memodifikasi efek faktor risiko.
5. Meningkatkan kesejahteraan lansia melalui tindakan keperawatan terhadap konsekuensi fungsional negatif.
6. Tindakan keperawatan mengakibatkan konsekuensi fungsional positif lansia berfungsi optimal meskipun.

b. *Komponen Functional Consequences.*

1. *Risk Factor*

Faktor risiko adalah kondisi yang memungkinkan terjadi pada lansia yang memiliki efek merugikan signifikan terhadap kesehatan dan fungsi mereka. Faktor- faktor risiko umumnya muncul dari kondisi lingkungan, kondisi kronis dan kronis, kondisi psikososial, atau efek pengobatan yang buruk. Meski banyak faktor risiko juga terjadi pada orang dewasa muda mereka lebih cenderung mengalir dampak fungsional serius pada orang dewasa (Miller 2012). Faktor risiko memiliki konsekuensi fungsional pada lansia bersifat :

- a. Kumulatif dan progresif misal efek jangka panjang merokok, kegemukan.

- b. Efek- efek diperburuk oleh perubahan terkait usia missal efek arteritisdiperburuk oleh berkurangnya kekuatan otot .
- c. Efek berakibat terhadap perubahan terkait usia karena konsisi *reversibel* misalnya perubahan mental disebabkan oleh penuaan atau demensia.

2. Konsekuensi fungsional

Konsekuensi fungsional positif atau negatif adalah keadaan lansia yang merupaka efek tindakan, faktor risiko dan perubahan terkait usia yang mempengaruhi kualitas hidup lansia. Faktor risiko berasal dari hambatan lingkungan, kondisi patologis, pengobatan yang didapat, keterbatan informasi, pandangan terhadap kondisi lansia, pengaruh fisiologis dan psikososial. Konsekuensi fungsional positif memfasilitasi kinerja fungsi sistem kualitas hidup, sedikit ketergantungan, kemampuan memaksimalkan kesehatan secara optimal dan memiliki penilaian yang baik. Konsekuensi fungsional negatif menggagu kualiatas hidup, fungsional, ketergantungan (Miller, 2012).

Konsekuensi fungsional negatif apabila lansia tidak dapat memaksimalkan faktor yang ada maupun terganggu dengan kondisi sehingga berdampak ketergantungan kepada orang lain. Konsekuensi positif merupakan hasil tindakan atau intervensi. Posif jika lanjut usia dapat memaksimalkan faktor yang ada untuk mencapai forma kehidupan secara maksimal dengan sedikit ketergantungan.

3. *Age related changes*

Proses fisiologis yang meningkatkan kerentanan pada dampak negatif pada faktor risiko. Secara fisiologis terjadi perubahan degeneratif, mengalami kondisi terminal atau progresif. Perubahan pada psikologis dan spiritual terjadi potensi dan perkembangan pertumbuhan rohani (Miller.2012).

4. Individu ialah dalam pendekatan holistik menyatakan lansia sebagai individu kompleks berfungsi unik sejahtera dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal (perubahan terkait usia dan faktor risiko). Lansia ditandai karakteristik fisiologis dan psikososial terkait peningkatan kematangan sehingga memperlambat keseimbangan proses fisiologis, psikologis, sosial meningkatkan kerentanan kondisi patologis dan faktor risiko lainnya. Faktor risiko menyebabkan lansia tergantung terhadap orang lain terhadap kebutuhan sehari-hari, *care giver* dianggap sebagai fokus internal asuhan keperawatan (Miller. 2012).
5. Keperawatan ialah asuhan keperawatan merupakan aplikasi simultan seni dan keterampilan berfokus meminimalkan efek negatif perubahan terkait usia dan faktor risiko serta meningkatkan hasil kesehatan, dan mendorong pertumbuhan serta perkembangan individu. Bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan dan tindakan keperawatan untuk meminimalkan konsekuensi fungsional negatif (Miller, 2012.)
6. Kesehatan adalah kemampuan lansia berfungsi pada kapasitas maksimal. Kesehatan ditentukan secara individual berdasarkan kapasitas fungsional terpenting oleh individu misalnya tingkat fungsi

diartikan sebagai kapasitas hubungan atau kemampuan melakukan kegiatan (Miller,2012).

7. Lingkungan adalah Model keperawatan konsekuensi fungsional menjelaskan lingkungan adalah konsep umum meliputi berbagai aspek manajemen keperawatan untuk lansia mengalami ketergantungan, *care giver* yang mempengaruhi kondisi lansia, serta faktor lingkungan primer yaitu hubungan interpersonal dengan orang lain yang dekat dengan lansia.
8. *Wellnes* adalah kondisi sehat mental dan fisik pada lansia (Miller 2012). Indikatornya adalah kemandirian dalam pemenuhan sehari-hari dan tindakan keselamatan pada lansia. Kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas yang tetap dipertahankan pada lansia akan membentuk konsep diri positif. Faktor yang mempengaruhi kemandirian adalah faktor kesehatan dan faktor sosial (Hadywinoto, Setiabudhi 2007). Faktor kesehatan meliputi kondisi fisik sedangkan faktor sosial meliputi penyesuaian terhadap kondisi lansia.

2.2 Konsep Penyakit Hipertensi

2.2.1 Definisi

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 (Kemenkes.RI, 2014). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian / mortalitas (Trianto, 2014).

2.2.2 Etiologi

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

- a. Genetik : respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.
- b. Obesitas : terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stress karena lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah (Aspiani, 2016)

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan ;

- a. Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh seitar 95% orang. Oleh karena itu, penelitian dan pengobatan lebih ditunukan bagi penderita esensial.

Hipertensi primer disebabkan oleh faktor berikut ini :

1. Faktor keturunan Dari data statistic terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.
2. Ciri perseorangan Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan), dan ras

(ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih).

3. Kebiasaan hidup Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g), kegemukan atau makan berlebih, stress, merokok, minum alcohol, minum obat-obatan (efedrin, prednisone, epinefrin).

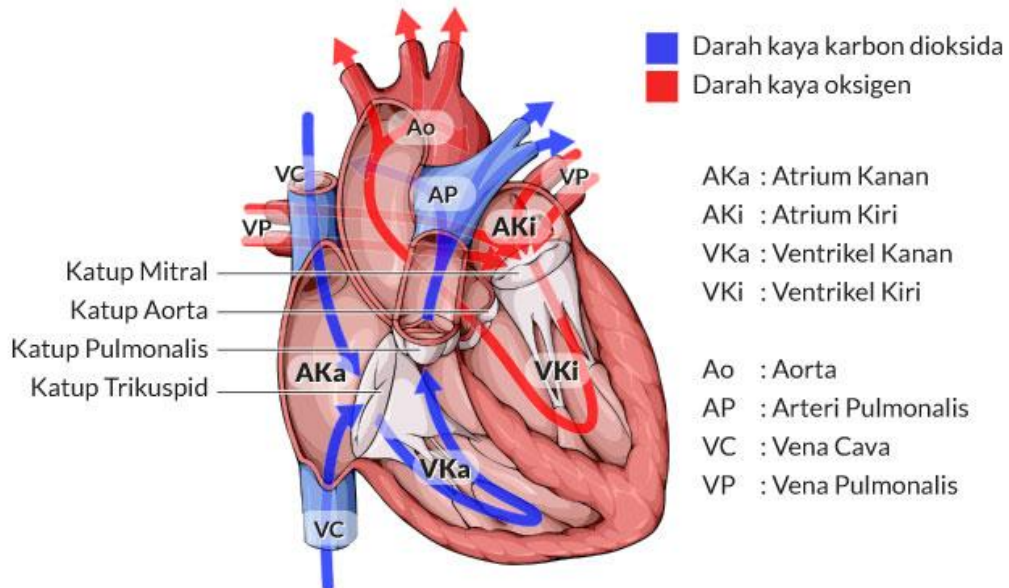
b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vascular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat aterosklerosis stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin, dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah tekanan darah, dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis aldosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena di angkat, tekanan darah akan kembali ke normal.

Penyebab lain dari hipertensi sekunder adalah feokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin di kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensitivitas sistem saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui penyebabnya) dan hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (Aspiani, 2016).

2.2.3 Anatomi dan fisiologi

a. Anatomi jantung



Gambar 2. 1 Anatomi Jantung – Sumber Alodokter

Sistem kardiovaskuler terdiri atas jantung, pembuluh darah (arteri, vena, kapiler) dan sistem limfatik. Fungsi utama system kardiovaskular adalah mengalirkan darah yang kaya oksigen ke seluruh tubuh dan memompa darah dari seluruh tubuh (jaringan) ke sirkulasi paru untuk dioksigenasi (Aspiani, 2016).

Jantung merupakan organ utama sistem kardiovaskular, berotot dan berongga, terletak di rongga toraks bagian mediastinum. Jantung berbentuk seperti kerucut tumpul dan bagian bawah disebut apeks terletak lebih ke kiri dari garis medial, bagian tepi terletak pada ruang interkosta IV kiri atau sekitar 9 cm dari kiri linea medioklavikularis, bagian atas disebut basis terletak agak ke kanan pada kosta ke III sekitar

1 cm dari tepi lateral sternum. Memiliki ukuran panjang sekitar 12 cm, lebar 8-9 cm, dan tebal 6 cm. Berat jantung sekitar 200-425 gram, pada laki-laki sekitar 310 gram dan pada perempuan sekitar 225 gram (Aspiani, 2016). Jantung adalah organ muscular yang tersusun atas dua atrium dan dua ventrikel. Jantung dikelilingi oleh kantung pericardium yang terdiri atas dua lapisan, yakni:

- a. Lapisan visceral (sisi dalam)
- b. Lapisan perietalis (sisi luar)

Dinding jantung mempunyai tiga lapisan, yaitu:

- a. Epikardium merupakan lapisan terluar , memiliki struktur yang sama dengan pericardium visceral.
- b. Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
- c. Endokardium, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katup jantung.

Jantung mempunyai empat katup, yaitu:

- a. Trikupidalis
- b. Mitralis (katup AV)
- c. Pulmonalis (katup semilunaris)
- d. Aorta (katup semilunaris)

Jantung memiliki 4 ruang , yaitu atrium kanan, atrium kiri dan ventrikel kanan. Atrium terletak diatas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu arah.

Antara rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum.

1. Pembuluh Darah

Setiap sel didalam tubuh secara langsung bergantung pada keutuhan dan fungsi system vaskuler, karena darah dari jantung akan dikiri ke setiap sel melalui system tersebut. Sifat 9 structural dari setiap bagian system sirkulasi darah sistemik menentukan peran fisiologinya dalam integrasi fungsi kardiovaskular. Keseluruhan system peredaran (system kardiovaskular) terdiri atas arteri, arteriola, kapiler, venula, dan vena. (Aspiani, 2016).

- a. Arteri adalah pembuluh darah yang tersusun atas tiga lapisan (intima,media,adventisia) yang membawa darah yang mengandung oksigen dari jantung ke jaringan.
- b. Arteriol adalah pembuluh darah dengan resistensi kecil yang mevaskularisasi kapiler.
- c. Kapiler menghubungkan dengan arteriol menjadi venula (pembuluh darah yang lebih besr yang bertekanan lebih rendah dibandingkan dengan arteriol), dimana zat gizi dan sisa pembuangan mengalami pertukaran
- d. Venula bergabung dengan kapiler menjadi vena
- e. Vena adalah pembuluh yang berkapasitas-besar, dan bertekanan rendah yang membalikkan darah yang tidak berisi oksigen ke jantung(Aspiani, 2016).

b. Fisiologi**1. Siklus Jantung**

Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang paling sederhana, siklus jantung 10 adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel.

Siklus jantung merupakan periode ketika jantung berkontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat ventrikel berkontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel.

Pada siklus jantung, systole (kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai berkontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali.

- a. Sistole atrium
- b. Sistole ventrikel
- c. Diastole ventrikel

2. Tekanan Darah

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

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

2.2.4 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari

kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre- 18 ganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai factor, seperti kecemasan dan ketkronisan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepineprin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

Pada saat bersamaan ketika system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epineprin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II , vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume instravaskuler. Semua factor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi. (Aspiani, 2016).

2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

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

b. EKG

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

c. Foto Rontgen

1. Bentuk dan besar jantung Noothing dari iga pada koarktasi aorta.
2. Pembendungan, lebar paru
3. Hipertrofi parenkim ginjal
4. Hipertrofi vascular ginjal (Aspiani, 2016)

2.2.6 Penatalaksanaan

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan risiko penyakit kardiovaskular dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan distolik dibawah 90 mmHg dan mengontrol factor risiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat anti hipertensi. (Aspiani, 2016).

Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan setara non-farmakologis, antara lain :

a. Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat atau dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan dapat memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri. Beberapa diet yang dianjurkan :

1. Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi system renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
2. Diet tinggi kalium , dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksidanitrat pada dinding vascular.
3. Diet kaya buah dan sayur
4. Diet rendah kolestrol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.

b. Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas pada sebagian orang, dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup. Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi

dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah.

c. Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.

d. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung. (Aspiani, 2016).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

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

2.3.1 Konsep Asuhan Keperawatan pada Lansia

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual klien (Asmadi, 2008). Menurut (Wijaya & Putri, 2013) yang harus dikaji pada klien lansia yaitu :

1. Data biografi

Nama, alamat, umur, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, nama penanggung jawab dan catatan kedatangan

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Keluhan utamanya adalah rasa nyeri kronis atau kronik. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan menurut Padila (2012) :

1. Provoking incident : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
2. Quality of pain : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
3. Region : Radiation, relief : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
4. Severity (scale) of pain : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya.
5. Time : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, pusing, wajah kemerahan, pendarahan dihidung dan kelelahan yang bisa terjadi pada penderita hipertensi. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala sakit kepala, kelelahan, sesak nafas, muntah, pandangan

kabur, yang terjadinya karena ada kerusakan pada otak, jantung, mata dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran bahkan koma (Cahyani, 2020).

c. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi. Faktor gen berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam dan renin membrane sel. Orang tua yang menderita hipertensi, 45% akan menurun kepada anaknya, sedangkan hanya salah satu yang menderita hipertensi, 30% hipertensi akan menurun kepada anaknya (Azizah, 2011).

d. Riwayat psikososial

Rasa tkronis, gelisah dan cemas merupakan psikologis yang sering muncul pada klien dan keluarga. Hal ini terjadi karena rasa sakit yang dirasakan sakit oleh klien perubahan psikologis tersebut juga muncul akibat kurangnya pengetahuan penyebab dan akibat dari hipertensi seperti stroke, jantung, gagal ginjal, dan diabetes (Gede, 2011)

e. Pola-pola

1. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Gaya hidup yang kurang sehat merupakan factor resiko hipertensi yang bisa kita ubah dengan kata lain, mengatur pola hidup sehat mengurangi konsumsi natrium, lemak jenuh, alkohol berlebihan (Aditya, 2017).

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Diet, pembatasan makanan minuman, Riwayat peningkatan / penurunan berat badan, pola konsumsi makanan, masalah-masalah

yang mempengaruhi masukan makanan. Diet yang dianjurkan pada penderita hipertensi yaitu diet DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diet yang dirancang untuk menurunkan lonjakan tekanan darah. Diet ini menekankan pada pola makan rendah garam namun tetap mengandung nutrisi seimbang (Meva Nareza, 2020).

3. Pola eliminasi

Pantau pengeluaran urine frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah apakah terjadi retensi urine. Retensi urine dapat disebabkan oleh posisi berkemih yang tidak alamiah, pembesaran prostat dan adanya tanda infeksi saluran kemih kaji frekuensi, konsistensi, warna, serta bau feses.

4. Pola tidur dan istirahat

Pada penyakit hipertensi biasanya bergejala sulit tidur dikarenakan rasa nyeri pada kepala.

5. Pola aktivitas

Pada penyakit hipertensi biasanya bergejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton. Dengan tanda-tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea simpatis.

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

1. Umum

Inspeksi adanya kelelahan, perubahan nafsu makan, kesulitan tidur.

2. Integumen

Inspeksi pada lansia terdapat perubahan kelembapan pada kulit (kering, elastisitas kulit menurun) kulit menjadi tipis, ada perubahan

warna rambut, perubahan kuku.

3. Hemopoetik

Tidak ada pendarahan, tidak ada pembengkakan kelenjar limfa, tidak ada Riwayat tranfusi darah.

4. Kepala

Inspeksi terdapat sakit kepala, pusing, tidak ada trauma pada masa lalu.

5. Mata

Inspeksi bentuk mata simetris, biasanya pada penderita hipertensi terdapat adanya gangguan penglihatan, pupil isokor, konjungtiva anemis, pada lansia juga bisa mengalami gangguan penglihatan seperti rabun jauh atau rabun dekat.

6. Telinga

Inspeksi bentuk telinga simetris kanan dan kiri, tidak terdapat kelainan, tidak ada lesi, biasanya pada lansia mengalami gangguan pendengaran. Palpasi tidak terdapat nyeri tekan.

7. Hidung dan Sinus

Inspeksi bentuk hidung simetris, tidak ada lesi, tidak dijumpai kelainan, apistaksis. Palpasi tidak ada nyeri tekan.

8. Mulut dan Tenggorokan

Inspeksi bentuk mulut biasanya tidak simetris jika terjadi CVA, tidak ada lesi, tidak ada kesulitan menelan.

9. Leher

Inspeksi tidak ada benjolan. Palpasi terdapat kekakuan bagian

belakang, terdapat nyeri tekan pada bagian belakang.

10. Payudara

Inspeksi tidak ada lesi, tidak keluar cairan dari puting susu. Palpasi tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

11. Sistem Pernafasan

Inspeksi tidak ada batuk, tidak ada sesak, tidak ada sputum, tidak ada mengi. auskultasi sonor.

12. Sistem Kardiovaskular

Inspeksi tidak ada nyeri dada, tidak ada sesak, tidak ada edema palpasi tidak ada nyeri tekan, vocal premitus kanan kiri sama, Auskultasi bunyi jantung pekak.

13. Gastrointestinal

Inspeksi anoreksia, tidak toleran terhadap makan, hilangnya nafsu makan, mual, muntah, perubahan berat badan, perubahan kelembapan kulit.

14. Perkemihan

Inspeksi tidak ada edema pada pasien, inkotinensia urine.

15. Genito Reproduksi Wanita

Inspeksi: tidak ada lesi, riwayat mentruasi, riwayat menopause, tidak ada penyakit kelamin. Palpasi tidak ada nyeri tekan pelvis.

16. Muskuloskeletal

Inspeksi kelemahan, letih, ketidakmampuan mempertahankan kebiasaan rutin, perubahan warna kulit, gerak tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat.

17. Sistem saraf pusat

Inspeksi terdapat sakit kepala, kejang, kaku kuduk, serangan jantung, stroke, tremor.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang hipertensi menurut (Nurarif & Kusuma, 2015), yaitu:

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.

b. BUN /kreatinin : memberikaan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.

c. Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.

d. Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.

2. CT scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati.

3. EKG : dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

4. IVP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : Batu ginjal, perbaikan ginjal.

5. Photo dada : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges, Moorhouse dan Geissler (2014), diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut :

1. Risiko penurunan curah jantung diakaitkan dengan perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas atau perubahan preload (SDKI, D.0011).
2. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia atau peningkatan tekanan vaskuler serebral) (SDKI, D.0077).
3. Risiko perfusi serebal tidak efektif dikaitkan dengan hipertensi(SDKI, D.0017).
4. Defisit pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, D.0111).

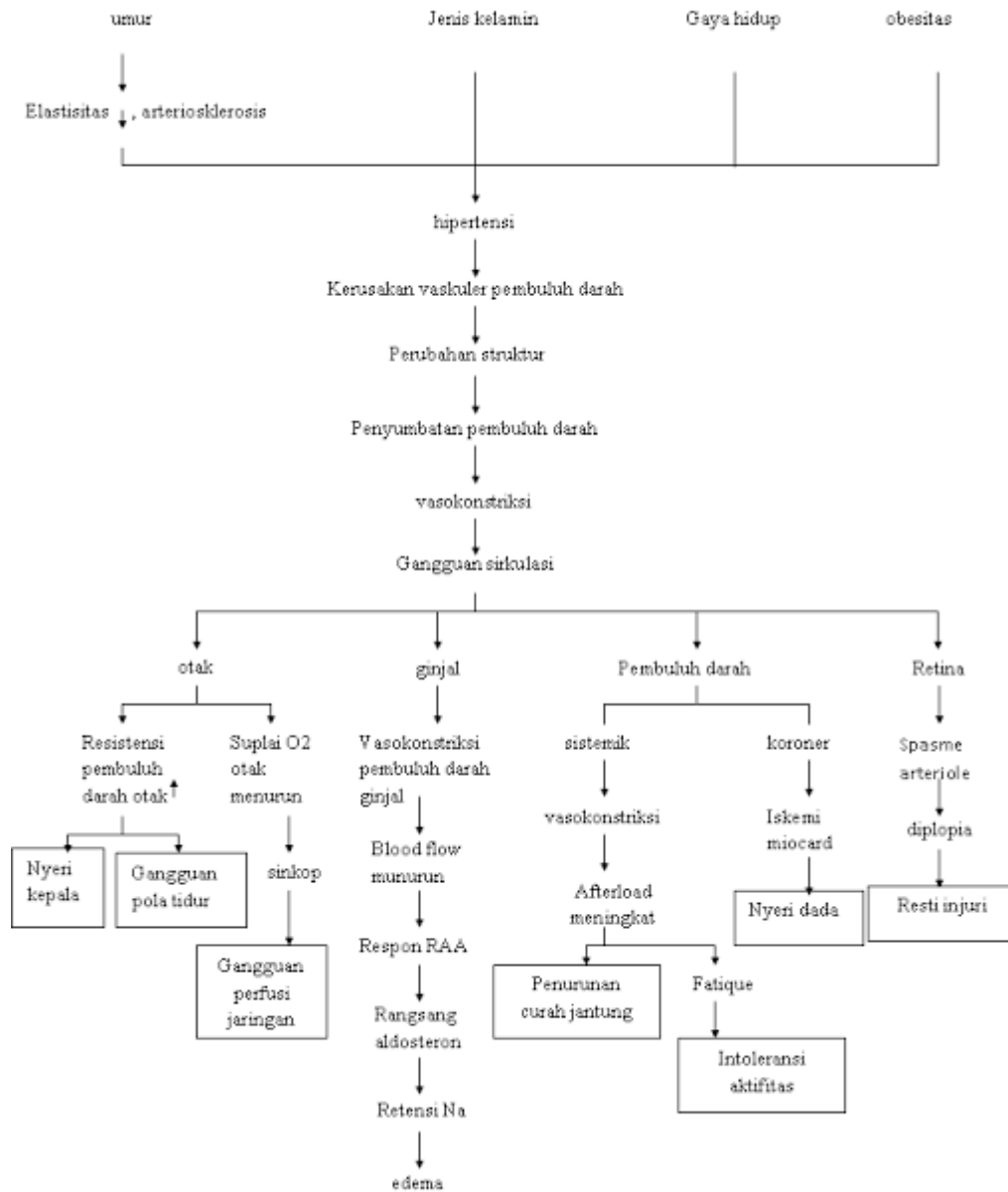
2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Konsep Intervensi Keperawatan pada Hipertensi

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Risiko penurunan curah jantung diakaitkan dengan perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas atau perubahan preload (SDKI, D.0011)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut : a. Tekanan darah membaik b. Kekuatan nadi perifer meningkat c. Perasaan lelah (SLKI, L.02008)	Observasi : a. Identifikasi tanda/gejala primer dan sekunder b. Monitor tekanan darah c. Monitor keluhan nyeri dada Terapeutik : a. Posisikan semi fowler/fowler dengan kaki ke bawah/posisi nyaman b. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat c. Berikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi : a. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi b. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap (SIKI, I. 02075)
2	Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia atau peningkatan tekanan vaskuler serebral) (SDKI, D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut : a. Keluhan nyeri berkurang b. Sikap protektif berkurang c. Gelisah berkurang d. Kesulitan tidur berkurang e. Frekuensi nadi dalam rentang normal (SLKI, L.08066)	Observasi : a. Identifikasi karakteristik nyeri b. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : a. Berikan terapi non-farmakologis untuk mengurangi nyeri b. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi : a. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

			<p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (SIKI, I.08238)</p>
3	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dikaitkan dengan hipertensi (SDKI, D.0017)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p>a. Sakit kepala menurun</p> <p>b. Gelisah menurun</p> <p>c. Nilai rata-rata tekanan darah membaik (SLKI, L.02014)</p>	<p>Observasi :</p> <p>a. Monitor penyebab peningkatan TIK</p> <p>b. Monitor peningkatan TD</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Atur interval pemantauansesuai kondisi pasien</p> <p>b. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan tujuan dan hasil pemantauan</p> <p>b. Informasikan hasil pemantauan (SIKI, I.05178).</p>
4.	<p>Defisit pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, D.0111).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p>a. Perilaku sesuai anjuran meningkat</p> <p>b. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat</p> <p>c. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (SLKI, L.12111)</p>	<p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan (SIKI, I.12383).</p>

2.4 WOC



Gambar 2. 2 WOC Hipertensi

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 13 Januari 2022 sampai dengan tanggal 15 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 pukul 09.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan data observasi perawat sebagai berikut :

3.1 Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Tn. A bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 81 tahun dan beragama Islam. Pasien belum menikah. Pendidikan terakhir Pasien SMA. Klien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama ± 4 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai pegawai swasta di KAI.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Tn. A mengatakan bahwa terkadang pasien merasa pusing.
2. Keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir : Tn. A hanya mengatakan terkadang merasa pusing.
3. Riwayat penyakit saat ini : Tn. A mengatakan memiliki sakit hipertensi.

3.1.3 Status Fisiologis

1. Postur tulang belakang Tn. A yaitu tegap.

2. Tanda-tanda vital

- a. Suhu : 36°C
- b. Tekanan Darah : 150/90 mmHg
- c. Nadi : 99 x/menit
- d. Respirasi : 24 x/menit
- e. Berat Badan : 59 kg
- f. Tinggi badan : 164 cm

3.1.4 Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

1. Kepala

Kepala Tn. A bentuk simetris, bersih tidak, terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek tidak rontok. Tn. A mengeluh pusing pada kepala

P : Tekanan darah tinggi (150/90 mmHg)

Q : Seperti tertekan

R : Kepala bagian belakang

S : Skala 3 (1-10)

T : Hilang timbul terutama pada malam hari

2. Mata

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

3. Hidung

Pada Tn. A bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat

peradangan dan penciuman tidak terganggu.

4. Mulut dan Tenggorokan

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

5. Telinga

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

6. Leher

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

7. Dada

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

8. Abdomen

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

9. Genetalia

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

10. Ekstermitas

Pada Tn. A tidak ditemukan fraktur. Kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555. Tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh tegap, rentang gerak bebas, reflek bisep +/+, reflek trisep +/+.

11. Integumen

Pada Tn. A tidak ditemukan warna kulit yang abnormal, kulit terasa gatal, kulit lembab, 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. A dapat mencium bau minyak kayu putih.

NII : Lapang pandang +/-

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

NV : Reflek kornea langsung

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

NIX, NX : gerakan ovula simetris, reflek menelan +

NXI : sternokleidomastoid terlihat

NXII : Lidah simetris.

3.1.5 Pengkajian keseimbangan Untuk Lansia

Tn. A pasien dengan resiko jatuh rendah.

3.1.6 Pengkajian Psikososial

Hubungan Tn. A dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Hubungan Tn. A dengan orang lain di panti kenal dengan teman-teman lainnya karena Tn. A sering duduk-duduk di depan kamarnya. Kebiasaan Tn. A selalu berinteraksi

dengan orang disekitarnya. Stabilitas emosi Tn. A Stabil .

3.1.7 Pengkajian Terhadap Perilaku Kesehatan

Data pada Tn. A makan 3x/hari dengan porsi habis. Tn. A minum \pm 2000 cc/hari. Tn. A mengatakan terkadang susah untuk mengawali tidurnya. Saat melakukan patroli malam pukul 22.00 WIB perawat mendapati pasien masih terbangun sendirian ditempat tidur disaat teman - teman sekamarnya sedang tertidur. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur atau di depan kamar dan bermain dengan kucing. Frekuensi BAB Tn. A yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. Frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari.. Tn. A mandi 2 x/ hari dengan mandiri. Setelah amndi Tn. A terkadang memakai minyak kayu putih 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

Di panti Wreda tidak terdapat peternakan namun perikanan. 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. A didapatkan bahwa Tn. A memiliki penilaian 3 dan masuk kategori depresi tidak ada atau minimal

3.1.10 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga

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

3.1.11 Masalah Emosional

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

3.1.12 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

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

3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE

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

3.1.14 Indeks Barthel

Pada Tn. A didapatkan interpretasi “14” atau ketergantungan ringan.

3.1.15 Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-Hari Indeks KATZ

Pada Tn. A didapatkan skor “E” mampu dalam semua aktivitas sehari hari kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan BAB/BAK.

3.2 Pemeriksaan Penunjang

1. Terapi

Tabel 3. 1 Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Amlodipine	1x5mg (po)	Untuk mengurangi tekanan darah tinggi
Ketoconazole	1x200mg (tropikal)	Untuk mengatasi infeksi jamur
Minyak Zaitun	2x1	Melembabkan kulit

3.3 Analisis Data

Tabel 3. 2 Analisis Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A mengatakan bahwa dirinya merasakan nyeri kepala <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> P : Tekanan darah tinggi Q ; Seperti tertekan R : Kepala bagian belakang S : Skala 3 (1-10) T : Hilang timbul - TD : 150/90 mmHg - Tn. A terlihat sulit tidur 	<p>Penekanan Saraf</p>	<p>Nyeri Kronis (SDKI, D.0078 Hal 174)</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A mengeluh sulit tidur terutama ketika nyeri kepala - Tn. A mengeluh pola tidur berubah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A tampak jarang tidur siang 	<p>Kurang Kontrol Tidur</p>	<p>Gangguan Pola Tidur (SDKI, D.0055 Hal 126)</p>
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A mengeluh gatal pada kulit tubuhnya - Tn. A mengatakan tidak cocok dengan air yang dibuat mandi dan menyebabkan Tn. A gatal-gatal 	<p>Gangguan Stimulus Lingkungan</p>	<p>Gangguan Rasa Nyaman (SDKI, D.0074 Hal 166)</p>

	DO : Tn. A tampak terdapat gatal-gatal pada kulit bagian tangan		
--	---	--	--

3.4 Prioritas Masalah

Tabel 3. 3 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf	13-01-2022	15-01-2022	<i>Indah</i>
2.	Gangguan tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	13-12-2022	15-01-2022	<i>Indah</i>
3	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan	13-12-2022	15-01-2022	<i>Indah</i>

3.5 Rencana Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 4 Rencana Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan Penekanan Saraf	<p>Tujuan : (SLKI, L. Hal) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri kronis dapat teratasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak rileks 2. Skala nyeri berkurang 3. TTV dalam batas normal 	<p>Manajemen Nyeri (SIKI, I.08238 Hal 201)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <p>Kolaborasi ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.	<p>Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur</p>	<p>Pola Tidur (SLKI, L.05045 Hal, 96)</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan pola tidur dapat teratasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan pola tidur berubah 3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur (SIKI, I.05174 Hal 48)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifikasikasi lingkungan - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur - Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
----	--	---	---

3.	<p>Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan Gangguan Stimulus Lingkungan</p>	<p>Tujuan : (SLKI, L. Hal) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman dapat teratasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesejahteraan fisik dan psikologis meningkat 2. Perawatan sesuai kebutuhan meningkat 3. Keluhan tidak nyaman menurun 	<p>Perawatan Kenyamanan (SIKI, I.08245 Hal 326)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan - Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi yang nyaman - Diskusikan mengenal situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan - Ajarkan terapi relaksasi <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgesik, anti pruritus, antihistamin, jika perlu
----	---	--	--

3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Tgl & Jam	Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	13 Jan 2022 Jam 07.00	1 2 1 1 2 2	<p>1. Menjalin hubungan saling percaya dan perkenalan R : Tn. A mau untuk mengenalkan dirinya</p> <p>2. Mengkaji riwayat Kesehatan Tn. A R : Tn. A menceritakan riwayat kesehatannya dan riwayat masuk ke UPTD Griya Wreda</p> <p>3. Mengidentifikasi keluhan fisik R : Tn. A mengatakan mengalami nyeri kepala karena memiliki penyakit hipertensi P : Tekanan darah tinggi Q ; Seperti tertekan R : Kepala bagian belakang S : Skala 3 (1-10) T : Hilang timbul</p> <p>4. Mengkaji skala nyeri R : Tn. A mengatakan</p>	✓	<p>Dx 1 S : Tn. A mengatakan nyeri di kepala, terasa cemas dengan skala 3 O : Tn. A mengikuti teknik relaksasi ketika diajarkan A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (nomor 3,4,5,9)</p> <p>Dx 2 S : Tn A mengatakan berusaha untuk tidur cukup O : Tn. A tidur pada siang hari A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi (nomor 6,10,12)</p>	✓

		<p>skala nyeri 3 (1-10)</p> <p>5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R : TD : 150/90 mmHg</p> <p>6. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur R : Tn. A mengeluh sulit tidur terutama jika nyeri kepala</p> <p>7. Mengidentifikasi gangguan rasa nyaman R : Tn. A mengatakan badannya gatal-gatal karena tidak cocok dengan air di UPTD Griya Wreda</p> <p>8. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya R : Tn. A mengatakan tidak cocok dengan air yang digunakan untuk mandi, dan beranggapan bahwa air mandi yang menyebabkan dirinya gatal-gatal</p> <p>9. Mengajarkan teknik relaksasi (tarik nafas</p>	<p>Dx 3</p> <p>S : Tn. A mengatakan badannya masih terasa gatal-gatal</p> <p>O : Terlihat tampak kemerahan pada tangan Tn. A</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (nomor 7,,11)</p>	
--	--	--	--	--

			<p>dalam) ketika nyeri muncul</p> <p>R : Tn. A hanya mengikuti ketika diajarkan</p> <p>10. Menjelaskan menjelaskan pentingnya tidur cukup</p> <p>R : Tn. A memahami penjelasan</p> <p>11. Membantu Tn. A untuk mengoleskan obat tropikal ketoconazole 2% untuk gatal/iritasi pada tangan kanan dan kiri Tn. A</p> <p>12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p>			
2.	14 Jan 2022 Jam 21.00	1 1 2	<p>1. Memantau persiapan tidur Tn. A</p> <p>2. Melakukan patroli malam untuk memantau keamanan tidur Tn. A</p> <p>4. Memberikan salep pada Tn. A setelah Tn. A mandi pagi</p> <p>R : meradang pada kulit tangan tampak berkurang</p> <p>5. Mengevaluasi dengan bertanya</p>	✓	<p>Dx 1</p> <p>S : Klien mengatakan terkadang masih nyeri di kepala</p> <p>O : Skala nyeri 2</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (nomor 6,7)</p>	✓

			<p>pola tidur Tn. A pada semalaman</p> <p>R : Tn. A mengatakan semalam bisa tidur lebih awal dari hari sebelumnya</p> <p>6. Mengkaji keluhan nyeri</p> <p>R : Tn. A mengatakan mengalami nyeri kepala karena memiliki penyakit hipertensi</p> <p>Sakal nyeri 2 (1-10)</p> <p>7. Mengajarkan teknik relaksasi (tarik nafas dalam) ketika nyeri muncul</p> <p>R : Tn. A secara mandiri teknik relaksasi nafas dalam</p>		<p>Dx 2</p> <p>S : Tn. A mengatakan semalam bisa tidur lebih awal, pukul 22.00-04.00</p> <p>O : Tn. A terpantau sudah berbaring di di tempat tdiur sejak pukul 22.00</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (nomor 5)</p> <p>Dx 3</p> <p>S : Tn A mengatakan gatal sedikit berkurang setelah diberikan salep</p> <p>O : Terlihat kemerahan sedikit berkurang pada tangannya</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan (nomor 4)</p>	
3.	15 Jan 2022 Jam 15.00	1 2 2 2	<p>1. Mengevaluasi pola tidur Tn. A pada siang hari</p> <p>R : Tn. A mengatakan sudah bisa tidur siang</p> <p>2. Mengkaji keluhan nyeri</p>	✓	<p>Dx 1</p> <p>S : Tn. A mengatakan nyeri di kepala berkurang</p> <p>O : Skala nyeri 1</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	✓

			<p>R : Tn. A mengatakan nyeri kepala berkurang skala nyeri 1 (1-10)</p> <p>3. Mengobservasi TD : 130/90 mmHg</p> <p>4. Memberikan obat tropical ketoconazole 2%</p> <p>R : gatal pada kulit tubuh Tn. A tampak mereda</p>		<p>Dx 2</p> <p>S : Tn. A mengatakan sudah bisa tidur pada siang hari, pukul 13.00-14.00</p> <p>O : Tn. A terpantau tidur pada jam siang hari</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p>Dx 3</p> <p>S ; Tn A mengatakan gatal pada tubuhnya mereda</p> <p>O : Meradang pada kulit tangannya mereda</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	---	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

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

Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan masalah kesehatan hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya adalah sebagai berikut :

4.1 Pengkajian

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

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan, nama Tn. A bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 81 tahun dan beragama Islam. Pasien belum menikah. Pendidikan terakhir Pasien SMA. Klien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama \pm 4 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai pegawai swasta di KAI. Menurut Sri

Agustina, dkk (2014) berdasarkan hasil penelitiannya bahwa tidak terdapatnya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan penyakit hipertensi pada lansia. Hal ini berkaitan dengan klien yang berjenis kelamin laki-laki. Maka dari itu hal tersebut dapat juga dikarenakan telah menebalnya dinding arteri akibat menumpuknya zat kolagen pada lapisan otot selama bertahun-tahun, yang berdampak pada penyempitan dan pengerasan pembuluh darah sehingga jantung memompa darah lebih kuat dan menimbulkan hipertensi.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Didapatkan bahwa Tn. A mengatakan bahwa terkadang pasien merasa pusing.

2. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan data bahwa Tn. A mengatakan memiliki sakit hipertensi.

3. Riwayat penyakit dahulu

Didapatkan data bahwa Tn. A mengatakan jika memiliki

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan 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. A. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan *Head to Toe* seperti tersebut dibawah ini :

1. Kepala

Kepala Tn. A bentuk simetris, bersih tidak, terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek

tidak rontok. Tn. A mengeluh nyeri pusing pada kepala.

P : Tekanan darah tinggi (150/90 mmHg)

Q : Seperti tertekan

R : Kepala bagian belakang

S : Skala 3 (1-10)

T : Hilang timbul terutama pada malam hari

Menurut Sri Agustina dkk (2014), Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan sebuah kondisi medis dimana orang yang tekanan darahnya meningkat diatas normal yaitu 140/90 mmHg dan dapat mengalami resiko kesakitan (morbiditas) bahkan kematian (mortalitas).

Pada Tn. A ditemukan data saat pengkajian dan pemeriksaan tekanan darah dengan hasil 150/90 mmHg yang artinya tekanan darah pada Tn. A diatas batas normal dan termasuk dalam gejala dan tanda masalah kesehatan hipertensi.

2. Integumen

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

Menurut Hanna dan Firza (2016), Lesi pada skabies menimbulkan rasa tidak nyaman karena sangat gatal sehingga penderita seringkali menggaruk dan mengakibatkan infeksi sekunder terutama oleh bakteri Grup A *Streptococcus* dan *Staphylococcus aureus*. Tungau ini mampu hidup di tempat tidur, pakaian, atau permukaan lain pada suhu kamar selama 2-3 hari, enularan skabies dapat terjadi melalui kontak dengan obyek terinfestasi seperti handuk, selimut, atau lapisan furnitur dan dapat

pula melalui hubungan langsung kulit ke kulit.

Pada Tn. A ditemukan data saat pengkajian Tn. A mengeluh gatal pada tubuhnya, Tn. A mengatakan bahwa tidak cocok dengan air di UPTD Griya Wreda sehingga menyebabkan Tn. A timbul gatal-gatal pada tubuhnya.

4.2 Pengkajian Konsep Lansia

Pada pemeriksaan keseimbangan ditemukan bahwa Tn. A memiliki resiko jatuh rendah. dengan score indeks KATZ “E” yang berarti mampu dalam semua aktivitas sehari hari.

Menurut Fredy dkk (2020), diharapkan agar para lansia lebih memperhatikan kesehatan diri dengan melakukan berbagai kegiatan fisik seperti olahraga dan menjaga keteraturan dalam mengkonsumsi makanan dengan kata lain lanjut usia dihimbau untuk berperilaku hidup sehat.

Pada Tn. A ditemukan data bahwa Tn. A mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, Tn. A juga mengikuti kegoiatan senam setiap pagi tetapi terkadang mengikuti senam hanya pada awal waktu selebihnya Tn. A lebih suka duduk-duduk di depan pintu kamarnya.

4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut SDKI (2016) antara lain :

1. Nyeri Kronis
2. Gangguan Pola Tidur
3. Gangguan Rasa Nyaman

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. A, didapatkan data objektif dan data subjektif yang sesuai dengan 4 diagnosa berdasarkan buku

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016), sebagai berikut :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan

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

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.

Berdasarkan SDKI (2016), nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Ditandai dengan gejala dan tanda mayor : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Ditandai dengan gejala dan tanda minor : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Pada Tn. A ditemukam data gejala tanda mayor yaitu mengeluh nyeri dan terlihat sulit tidur, disertai dengan tanda minor yaitu tekanan darah meningkat (150/90mmHg). Sehingga penulis mengambil diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur.

Berdasarkan SDKI (2016), gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal. Ditandai dengan

gejala dan tanda mayor : mengeluh sulit tidur, mengeluh sulit terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup. Ditandai dengan gejala dan tanda minor : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

Pada Tn. A ditemukan data mayor yaitu mengeluh sulit tidur terutama pada saat nyeri kepala dan mengeluh pola tidur berubah, disertai tanda minor yaitu Tn. A tampak jarang tidur siang. Sehingga penulis mengambil diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur.

3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan.

Berdasarkan SDKI (2016), gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social. Ditandai dengan gejala dan tanda mayor : mengeluh tidak nyaman dan gelisah. Ditandai dengan gejala dan tanda minor : mengeluh sulit tidur. tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh Lelah, menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas.

Pada Tn. A ditemukan data mayor yaitu punggung terasa gatal dan mengeluh tidak nyaman dengan gatalnya, disertai dengan tanda minor yaitu tampak gatal-gatal di tubuhnya. Sehingga penulis mengambil doagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan.

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 klien sehingga masalah keperawatan dapat diselesaikan secara komprehensif. Dalam tahap ini penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan klien.

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.

Penyusunan perencanaan bertujuan agar kemampuan Tn. A dalam mengontrol nyeri meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam. Dengan kriteria hasil, melaporkan nyeri terkontrol, meningkat kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologi meningkat, dan keluhan nyeri menurun.

Rencana keperawatan pada Tn. A dengan nyeri kronis berhubungan dengan agen pencidera fisiologis diantaranya menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat. Menurut Tomy (2017) bahwa teknik relaksasi napas dalam berpengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri pada lansia. Menurut Sitinjak, V. M. (2016) tingkat pengetahuan lansia yang rendah menimbulkan keterbatasan pengetahuan untuk mencegah, proteksi dini, dan penatalaksanaan nyeri

yang tepat guna meningkatkan derajat kesehatan lansia.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis membeikan edukasi manajemen nyeri bertujuan untuk meningkatkan kemandirian lansia untuk mengetahui penyebab nyeri, periode, dan strategi meredakan nyeri, memonitor nyeri secara mandiri, melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menggunakan analgetik secara tepat.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Penyusunan perencanaan pada Tn. A bertujuan agar pola tidur kembali membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun dan keluhan isirahat tidak cukup menurun.

Rencana keperawatan pada Tn. A dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur diantaranya mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi lansia, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur dan mengajarkan relaksasi otot autogenik. Apabila teknik terapi nafas dalam dilakukan pada pasien yang memiliki kualitas tidur yang buruk, mereka akan benar-benar merasa rileks sehingga dapat membantu memasuki kondisi tidur, karena dengan cara mengendurkan otot-otot secara sengaja akan membuat suasana hati menjadi lebih tenang dan juga lebih santai. Dengan keadaan rileks dan otot-otot yang kendur

dapat memberikan kenyamanan sebelum tidur sehingga lanjut usia dapat memulai tidur dengan mudah (Likah, 2008 dalam Cahyaningsih, 2016).

Berdasarkan pernyataan diatas penulis memberi intervensi dukungan tidur yang meliputi mengajarkan relaksasi otot autogenik yang dapat membantu lansia dalam keadaan rieks dan mudah untuk tertidur.

3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus.

Penyusunan perencanaan pada Tn. A bertujuan agar gangguan rasa nyaman berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil keluhan tidak nyaman menurun, kesejahteraan fisik dan psikologis meningkat, perawatan sesuai kebutuhan meningkat

Rencana keperawatan pada Tn. A dengan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan diantaranya identifikasi gejala yang tidak menyenangkan, diskusikan mengenal situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan dan kolaborasi pemberian analgesik, anti prutirus, antihistamin, jika perlu.

Menurut Hanna dan Firza (2016), penatalaksanaan umum meliputi edukasi kepada pasien, yaitu: (a) Mandi dengan air hangat dan keringkan badan; (b) Pengobatan skabisid topikal yang dioleskan di seluruh kulit, kecuali wajah, sebaiknya dilakukan pada malam hari sebelum tidur; (c) Hindari menyentuh mulut dan mata dengan tangan; (d) Ganti pakaian, handuk, sprei yang digunakan, dan selalu cuci dengan teratur, bila perlu direndam dengan air panas.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis memberi intervensi dengan pemberian obat tropical ketoconazole cream 2% dengan tujuan membantu meredakan gatal/peradangan kemerahan pada kulit, dan pemberian minyak zaitun dengan tujuan dapat membantu melembabkan kulit.

4.5 Implementasi

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

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Implementasi keperawatan pada Tn. A dengan nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis diantaranya menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

Berdasarkan implementasi diatas, penulis lebih fokus pada edukasi karena nyeri yang dirasakan oleh Tn. A timbul terutama pada saat tekanan darahnya tinggi. Selama pemberian implementasi Tn. A mengungkapkan dan dapat mempraktekkan melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

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

Berdasarkan implementasi diatas, semua implementasi pada pemenuhan kebutuhan tidur dilakukan oleh perawat kepada Tn. A hal yang sulit untuk dipantau adalah penetapan jadwal tidur dikarenakan saat pukul 21.00 WIB terkadang pintu kamar lansia sudah ditutup dan lampu kamar sudah dimatikan, jadi sedikit sulit untuk memantau atau masuk ke kamar di atas jam tersebut.

3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan.

Implementasi keperawatan pada Tn. A dengan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan diantaranya mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan dan kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin.

Berdasarkan implementasi diatas, penulis merencanakan untuk mengatasi rasa gatal agar berkurang dengan memberikan obat tropikal ketoconazole cream 2% dan minyak zaitun yang dioleskan pada bagian tubuh Tn. A yang gatal.

4.6 Evaluasi

1. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Evaluasi pada pemberian intervensi edukasi manajemen nyeri teratasi pada hari ke-3 karena tercapainya tujuan intervensi yaitu Tn. A mampu mengontrol rasa nyeri saat nyeri timbul. Dengan hasil Tn. A mengatakan lebih berhati hati saat menggerakkan tangan kirinya, Tn. A mengatakan melakukan tariknafas dalam saat nyeri dan Tn. A mendapat terapi Amlodipine 3x500mg dikonsumsi sesuai resep.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur .

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan tidur pada Tn. A tercapai pada hari ke-3 karena pola tidur membaik dengan hasil Tn. A mengatakan dengan menerapkan relaksasi autogenik tadi malam tidur sekitar pukul 22.00 WIB dan terbangun pukul 04.00 WIB, dan menetapkan jadwal tidur siang pukul 13.00 – 14.00 WIB.

3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan.

Evaluasi pada pemberian obat tropikal ketoconazole cream 2% yang dioleskan pada kulit tubuh yang gatal, pada hari ke 3 rasa gatal pada tubuh Tn. A berkurang dan tidak tampak peradangan pada kulit tubuh yang gatal.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 SIMPULAN

Berdasarkan asuhan keperawatan gerontik yang telah dilakukan oleh penulis ada Tn. A dengan masalah kesehatan hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

1. Saat pengkajian tidak semua tanda dan gejala hipertensi muncul pada Tn. A karena saat pengkajian dilakukan Ketika Tn. A sudah berada di UPTD Griya Wreda sedangkan Tn. A mengatakan bahwa Tn. A memiliki penyakit hipertensi sejak sebelum masuk di UPTD Griya Wreda. Saat pengkajian didapatkan Tn. A mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang dan mengeluh sulit tidur terutama ketika timbul nyeri di kepala.
2. Diagnosa keperawatan yang diambil oleh penulis untuk Tn. A yaitu nyeri kronis berhubungan dengan agen cedera fisiologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan stimulus lingkungan.
3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama diharapkan keluhan nyeri berkurang pada Tn. A dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.

4. Hasil evaluasi pada tanggal 15 Januari 2022 didapatkan Tn. A mampu mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil skala nyeri 1 (1-10), Tn. A mampu mengubah pola tidur dengan tidur lebih awal ketika malam hari dan menerapkan tidur pada siang hari, sedangkan gatal-gatal pada kulit tubuh Tn. A tampak mereda setelah diberikan pengobatan tropikal sesuai kebutuhan.

5.2 SARAN

1. Bagi lansia

Diharapkan lansia mampu mencari jalan keluar atas masalah yang dihadapi, meminta bantuan kepada perawat jika tidak dapat melakukan aktivitas sendiri dan menerapkan relaksasi autogenik agar memiliki kualitas tidur lebih baik.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mampu memberi pemantauan lebih menyeluruh dan lebih sering terhadap lansia terutama dengan masalah kesehatan hipertensi. Diharapkan perawat selalu mengontrol perkembangan nyeri pada lansia yang mengalami masalah kesehatan hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, R.Y. 2016. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Azizah. (2011). Keperawatan Lanjut Usia . Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Cahyaningsih, A. W. (2016). Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Kualitas Tidur Lansia Di UPT Wreda Budi Dharma Ponggalan Giwangan Umbulharjo Yogyakarta.
- Fredy, Hamdan & Umi, 2020, Karakteristik Hipertensi Pada Lanjut Usia i Desa Buku, Jurnal Wawasan Kesehatan, Volume: 5, Nomor 2.
- Hadywinoto & Setiabudi, T. 2005. Menjaga Keseimbangan Kualitas Hidup Lanjut Usia. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Hanna & Firza, 2016, Skabies, Majority volume 5 nomor 2.
- Herdiani, Novera dkk. 2021. PENGARUH AKTIVITAS FISIK DAN OBESITAS DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA LANSIA DI PUSKESMAS KLAMPIS NGASEM KOTA SURABAYA. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 8. Surabaya.
- Kemenkes RI. 2014. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lansia di Atas Umur 65 Tahun, Jurnal Kesehatan Komunitas, Vol. 2, No. 4.
- Miller, C. A. (2009) *Nursing For Wellness In Older Adults*. Edisi 5. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, C. A. (2012) *Nursing For Wellnes In Older Adults*. Sixth ed. Philadelphia :Lippincott Williams & Wilkins.
- Padila. 2012. Buku ajar : keperawatan medikal bedah. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Triyanto, E. (2014). Pelayanan keperawatan bagi penderita Hipertensi Secara Terpadu. Yokyakarta: Graha Ilmu.

Ulinnuha, Tomy, 2017, Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri pada Lansia dengan Rheumatoid Arthritis, Jombang.

Sri, Siska & Reni, 2014, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi Pada Lansia di Atas Umur 65 Tahun.

Sunaryo, M. K., Rahayu Wijayanti, S. K., Kep, M., Kom, S., Kuhu, M. M., SKM, M., ... & Kuswati, A. (2016). Asuhan keperawatan gerontik. Penerbit Andi.

Suratun, H Tien, S Rusmiati, 2008, Jakarta: Trans Info Media.

LAMPIRAN**Lampiran 1*****CURRICULUM VITAE***

Nama : Indah Nuraini

Nim : 213.0123

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 03 November 1999

Alamat : Sambiroto RT. 24 RW. 04, Taman - Sidoarjo

Agama : Islam

Email : indahn311@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Gotong Royong Lulus Tahun 2005
2. SD Negeri Sambibulu Lulus Tahun 2011
3. SMP Negeri 2 Taman Sidoarjo Lulus Tahun 2014
4. SMA Negeri 18 Surabaya Lulus Tahun 2017
5. Stikes Hang Tuah Surabaya (Strata 1) Lulus Tahun 2021

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

“Dan Bersabarlah Kamu, Sesungguhnya Janji Allah Adalah Benar”

(Q.S Ar-Rum : 60)

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberi kesehatan, kemampuan dan mencukupi kebutuhan dengan perantara keluarga untuk menyelesaikan pendidikan hingga Profesi Ners.

Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Orang Tua saya tercinta (Ayah Kasmuji dan Mama Karsuarsih) yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada saya dalam menuntut ilmu selama perkuliahan sehingga Karya Ilmiah Akhir saya dapat selesai dengan tepat waktu.
2. Suami saya Alfiyan Khairi yang selalu memberikan semangat dan mencukupi segala kebutuhan dalam penyusunan tugas akhir agar dapat menyelesaikan pendidikan dengan sempurna.
3. Kakak dan Adik (Mega Natasyah dan Rahayu Lestari) tersayang yang telah menghibur dikala penat dan lelah.
4. Kucing saya yang sangat lucu bernama Mimin yang telah menemani saya dari 2016 hingga sekarang, yang selalu mampu memahami segala situasi dan perasaan yang sedang saya alami. Semoga mimin sehat sehat selalu.

5. Sahabat saya satu-satunya Faridah Ragil Wijaya yang telah menemani saya dan berjuang bersama menempuh pendidikan Profesi Ners.
6. Teman-teman seangkatan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.
7. Terima kasih untuk semua orang yang berada di sekeliling saya yang selalu mendoakan yang terbaik untuk saya, semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi dimanapun kalian berada. Amin Ya Rabbal Alamin.

Lampiran 3

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

Teknik Relaksasi Nafas Dalam

A. Definisi

Metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri dan memberikan relaksasi pada pasien yang mengalami nyeri. Selain itu latihan nafas dalam merupakan cara bernafas yang efektif melalui inspirasi dan ekspirasi untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam, dan rileks. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan perasaan cemas sehingga mencegah stimulasi nyeri.

Ada tiga faktor yang utama dalam teknik nafas dalam:

1. Berikan posisi dengan tepat sehingga pasien merasa nyaman
2. Biarkan pasien memikirkan untuk beristirahat
3. Lingkungan yang santai/ tenang

B. Tujuan

1. Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah
2. Mengurangi rasa nyeri
3. Membantu dan meningkatkan relaksasi
4. Meningkatkan kualitas tidur
5. Menmbantu mengeluarkan gas anastesi yang tersisa didalam jalan nafas.

C. Indikasi

Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri kronis atau nyeri kronis

D. Cara melakukan

1. Tahap pra interaksi
 - a. Membaca mengenai status pasien
 - b. Mencuci tangan
 - c. Menyiapkan alat
 - d. Mengucapkan salam teraupetik kepada pasien
 - e. Validasi kondisi pasien saat ini
 - f. Menjaga keamanan privasi pasien
 - g. Menjelaskan tujuan & prosedur yang akan dilakukan terhadap pasien & keluarga
2. Tahap kerja
 - a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas
 - b. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi

- juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
- c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
 - d. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmat rasanya
 - e. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
 - f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
 - g. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya
 - h. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
 - i. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
 - j. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali
3. Tahap terminasi
 - a. Evaluasi hasil gerakan
 - b. Lakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya
 - c. Cuci tangan

Sumber: Potter & Perry, 2010

Lampiran 4

LEAFLET CARA MENGATASI HIPERTENSI

KENDALIKAN HIPERTENSI DENGAN :

PATUH

P Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter

A Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur

T Tetap diet dengan gizi seimbang

U Upayakan aktivitas fisik dengan aman

H Hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik lainnya

POLA MAKAN UNTUK PENDERITA HIPERTENSI

Gula

Batasi konsumsi gula < 50 gram (4 sdm per hari)

Garam

- Batasi garam < 5 gram (1 sendok teh) per hari
- Kurangi garam saat memasak
- Batasi makanan olahan dan cepat saji

Protein dan Lemak

- Batasi daging berlemak dan minyak goreng (< 5 sendok makan per hari)
- Makan ikan sedikitnya 3x per minggu

Buah dan Sayuran

5 porsi (400-500 gram) buah-buahan dan sayuran per hari (1 porsi setara dengan 1 buah jeruk, apel, mangga, pisang atau 3 sendok makan sayur yg sudah dimasak)

