

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.S DENGAN DIAGNOSIS  
MEDIS HIPERTENSI DAN MASALAH KEPERAWATAN  
GANGGUAN POLA TIDUR DI RUANG MELATI  
UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN  
SURABAYA**



**Disusun Oleh :**

**SHANIA KARTIKA DEWI MALHENDO, S.Kep**  
**NIM. 2230099**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.S DENGAN DIAGNOSIS  
MEDIS HIPERTENSI DAN MASALAH KEPERAWATAN  
GANGGUAN POLA TIDUR DI RUANG MELATI  
UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN  
SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Ners (Ns)  
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Disusun Oleh :**

**SHANIA KARTIKA DEWI MALHENDO, S.Kep**  
**NIM. 2230099**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2023**

## **HALAMAN PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Shania Kartika Dewi Malhendo

NIM : 2230099

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya wreda jambangan Surabaya” saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 10 Januari 2023

**Shania Kartika**  
**NIM. 2230099**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Nama : Shania Kartika Dewi Malhendo  
NIM : 2230099  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : “Asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya”

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

### NERS (Ns)

#### Pembimbing Institusi

**Diyan Mutvah, S.Kep., Ns., M.Kes**  
NIP. 03056

#### Pembimbing Klinik



**Desy Dwi Arvanita Ivadah, S.Kep., Ns**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 31 Januari 2023

## HALAMAN PENGESAHAN

Nama : Shania Kartika Dewi Malhendo  
NIM : 2230099  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya wreda jambangan Surabaya

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

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

Penguji 1 : **Diyan Mutvah, S.Kep., Ns., M.Kes**  
NIP. 03056

Penguji 2 : **Desy Dwi Arvanita Ivadah, S.Kep., Ns.**

Mengetahui,  
**KAPRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

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

Ditetapkan : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 31 Januari 2023

## KATA PENGANTAR

Pertama penulis panjatkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya wreda jambangan Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya ilmiah akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat yang setinggi-tingginya kepada :

1. Kepala UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang telah memberi izin dan kesempatan kepada penulis untuk melakukan pengambilan data di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
2. Laksamana Pertama (Purn), Dr. A.V. Sri Suhardiningsih S.Kp., M.Kes. selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Puket 1 dan Puket 2 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi pendidikan profesi ners
4. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners
5. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji ketua yang telah memberikan kritik serta saran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini
6. Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing 1 dan penguji 1 yang telah memberikan arahan dan masukan serta dukungan kepada penulis demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Desy Dwi Arvanita Ivadah, S.Kep., Ns selaku pembimbing 2 dan penguji 2 yang telah memberi kritik serta saran demi kelancaran dan kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Nadia Okhtiary, A.md selaku kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Semua pihak yang tidak bias saya sebutkan satu-satu yang telah membantu menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan sebaik-baiknya. Namun penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan. Semoga seluruh budi baik yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT.

Penulis berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin  
Ya Robbal Alamiin.

Surabaya, 10 Januari 2023

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMBUTAN.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan .....	6
1.3.1 Tujuan Umum .....	6
1.3.2 Tujuan Khusus .....	6
1.4 Manfaat .....	7
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Konsep Lansia.....	9
2.1.1 Definisi Lansia .....	9
2.1.2 Klasifikasi Lansia.....	10
2.1.3 Ciri-ciri Lansia .....	10
2.1.4 Kualitas Hidup Lansia.....	11
2.1.5 Masalah Kesehatan Yang Sering Terjadi Pada Lansia .....	11
2.1.6 Sindrom Geriatri.....	14
2.2 Konsep Hipertensi.....	19
2.2.1 Definisi Hipertensi .....	19
2.2.2 Anatomi Dan Fisiologi.....	20
2.2.3 Etiologi.....	23
2.2.4 Manifestasi Klinis .....	25
2.2.5 Patofisiologi .....	25
2.2.6 Klasifikasi .....	27
2.2.7 Komplikasi .....	27
2.2.8 Penatalaksanaan .....	28
2.2.9 WOC .....	30
2.2.10 Pemeriksaan Penunjang .....	30
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik.....	31
2.3.1 Pengkajian .....	31
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	40
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	40
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>44</b>
3.1 Pengkajian Keperawatan Gerontik.....	44
3.1.1 Identitas Pasien.....	44

3.1.2	Riwayat Kesehatan.....	44
3.1.3	Fungsi Fisiologi.....	45
3.1.4	Pemeriksaan Fisik .....	45
3.1.5	Pengkajian Psikososial dan Spiritual .....	48
3.1.6	Pengkajian Lingkungan.....	49
3.1.7	Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan .....	50
3.1.8	Hasil Pemeriksaan Penunjang .....	51
3.1.9	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan .....	51
3.2	Analisa Data .....	53
3.3	Prioritas Masalah.....	54
3.4	Intervensi Keperawatan.....	55
3.5	Implementasi Dan Catatan Perkembangan .....	57
<b>BAB 4</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>63</b>
4.1	Pengkajian .....	63
4.1.1	Identitas .....	63
4.1.2	Riwayat Kesehatan.....	64
4.1.3	Pemeriksaan Fisik .....	65
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	67
4.3	Intervensi Keperawatan.....	69
4.4	Implementasi Keperawatan .....	71
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	72
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>75</b>
5.1	Simpulan .....	75
5.2	Saran.....	76
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>78</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>80</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi .....	27
Tabel 2.2 Pengkajian status fungsional .....	34
Tabel 2.3 SPMSQ ( <i>Short portable mental status questionnaire</i> ).....	35
Tabel 2.4 MMSE ( <i>Mini mental state exam</i> ) .....	36
Tabel 2.5 Tes keseimbangan <i>time up go</i> .....	38
Tabel 2.6 Fungsi sosial lansia AGPAR keluarga .....	38
Tabel 2.7 Pengkajian depresi.....	39
Tabel 2.8 Intervensi keperawatan.....	40
Tabel 3.1 Pemeriksaan penunjang jenis obat .....	51
Tabel 3.2 Analisa data asuhan keperawatan.....	53
Tabel 3.3 Masalah keperawatan .....	54
Tabel 3.4 Intervensi keperawatan.....	55
Tabel 3.5 Implementasi dan catatan perkembangan asuhan keperawatan .....	57

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi jantung manusia.....	21
Gambar 2.2 Anatomi jantung manusia.....	22

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae .....	80
Lampiran 2 Motto Dan Persembahan .....	81
Lampiran 3 Kemampuan ADL ( <i>Activity Daily Living</i> ).....	82
Lampiran 4 Aspek Kognitif .....	83
Lampiran 5 Tingkat Kerusakan Intelektual.....	85
Lampiran 6 Pengkajian Tes Keseimbangan <i>Time Up Go Test</i> .....	86
Lampiran 7 Pengkajian Fungsi Sosial Lansia APGAR Keluarga.....	87
Lampiran 8 Pengkajian Depresi .....	88
Lampiran 9 Poster Edukasi .....	89

## DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
AV	: Atrio Venticular
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CO <sub>2</sub>	: Karbondioksida
CT Scan	: <i>Computed Tomography Scan</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DASH	: <i>Dietary Approach to Stop Hypertension</i>
DM	: Diabetes Mellitus
EKG	: <i>Elektro Kardio Grafi</i>
HB	: Hemoglobin
IMT	: Indeks Massa Tubuh
MMHG	: <i>Milimeter Hydragyrum</i>
MMSE	: <i>Mini Mental State Exam</i>
OA	: Osteo Arthritis
O <sub>2</sub>	: Oksigen
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
PQRST	: <i>Provokes, Quality, Region, Scale, Time</i>
SDKI	: Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standart Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standart Luaran Keperawatan Indonesia
SPMQ	: <i>Short Portable Mental Status Questionare</i>
TUG	: <i>Time Up</i>
UP	: Urine Pagi
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Perubahan-perubahan dalam proses “*aging*” atau penuaan merupakan masa ketika seorang individu berusaha untuk tetap menjalani hidup dengan bahagia melalui berbagai perubahan dalam hidup. Bukan berarti hal ini dikatakan sebagai “perubahan drastis” atau “kemunduran”. Secara definisi, seorang individu yang telah melewati usia 45 tahun atau 60 tahun disebut lansia. Hal itu cenderung pada asumsi bahwa lansia itu lemah, penuh ketergantungan, minim penghasilan, penyakitan, tidak produktif, dan masih banyak lagi (Amalia, 2019). Lansia merupakan seseorang yang memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia adalah kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahap akhir dari fase kehidupannya (WHO, 2014). Batasan umur lanjut usia meliputi usia pertengahan (*middle age*) ialah kelompok usia 45-59 tahun. Lanjut usia (*elderly*) antara 60 sampai 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) antara 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) usia >90 tahun. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan Tahun 2011 pra lanjut usia kelompok usia 45-59 tahun, lanjut usia antara 60-69 tahun, lanjut usia beresiko kelompok usia > 70 tahun (Aspiani, 2014). Seiring dengan proses penuaan fungsi organ tubuh juga mengalami penurunan, sistem kardiovaskuler lansia pun rentan mengalami gangguan. Gangguan sistem kardiovaskuler pada lansia dapat terjadi pada jantung, pembuluh darah dan darah, salah satu gangguan yang sering dialami lansia pada sistem organ ini adalah hipertensi (Mumpuni, 2017). Pada usia lanjut terdapat berbagai macam kemunduran organ tubuh, karena itu lanjut usia mudah sekali menghadapi penyakit hipertensi.

Hipertensi yang dialami lansia umumnya tekanan darah melebihi 120/80 mmHg rata-rata lansia yang darah tinggi memiliki hasil tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg serta tekanan diastolik  $\geq 90$  mmHg (Annisa, 2016). Terjadinya hipertensi pada lansia karena tidak menjalankan hidup dengan sehat dengan tidur secara teratur, kurang olahraga dan lansia mengalami stress. Bertambahnya usia diiringi dengan permasalahan kesehatan yang dihadapi. Proses degenerative pada lansia menyebabkan terjadinya penurunan kondisi fisik, psikologis, dan sosial. Salah satunya yang sering dialami lansia adalah terjadinya gangguan pola tidur (Joko, 2019).

*World Health Organization* (WHO) mengestimasi saat ini prevalensi hipertensi secara global sebesar 22% dari total jumlah penduduk dunia. Jumlah penderita hanya kurang dari seperlima yang melakukan upaya pengendalian terhadap tekanan darah yang dimiliki. Prevalensi hipertensi tertinggi sebesar 27% terdapat di wilayah Afrika dan Asia Tenggara berada di posisi ke-3 dengan prevalensi sebesar 25% terhadap keseluruhan total penduduk (WHO, 2019). Diperkirakan 1,28 miliar orang dewasa berusia 30-79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi. Diperkirakan 46% orang dewasa dengan hipertensi tidak menyadari bahwa mereka memiliki kondisi tersebut. Sekitar 1 dari 5 orang dewasa (21%) dengan hipertensi dapat mengontrolnya. Hipertensi merupakan penyebab utama kematian dini di seluruh dunia. Salah satu target global penyakit tidak menular adalah menurunkan prevalensi hipertensi sebesar 33% antara tahun 2010 dan 2030 (WHO, 2022).

Prevalensi hipertensi secara nasional menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun 2007 hingga tahun 2018. Prevalensi hipertensi pada tahun



2007 sebesar 31,7% dan pada tahun 2018 sebesar 34,11%. Tekanan darah tinggi pada wanita sebesar (36,85%) lebih besar di banding pria (31,34%). Prevalensi terus bertambah pada tahun 2018 Indonesia mengalami kenaikan pada khusus hipertensi yaitu sejumlah 34,11% Riskesdas, 2018. Kesehatan pada lansia khususnya hipertensi menunjukkan terdapat 45,3 % orang usia 45-54 tahun menderita hipertensi, 63,2% orang usia 65-74 tahun dan 69,5% orang usia 75 tahun keatas menderita hipertensi, sedangkan di Jawa timur, pada 2018 terdapat 2.005.393 kasus hipertensi yang dilayani di Puskesmas dan di kota Surabaya sebanyak 313.960 penduduk 62,63% berusia 55-75 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Data pengkajian yang dilakukan pada tanggal 27 Desember 2022 di UPTD Griya Wreda pada 3 bulan terakhir didapatkan 165 lansia dengan khusus terbanyak adalah hipertensi sejumlah 80 lansia, dermatitis 23 lansia, stroke 20 lansia, diabetes 18 lansia, dan kanker didapatkan 2 lansia.

Faktor penyebab terjadinya hipertensi, diantaranya yaitu faktor usia, obesitas, genetik, merokok kurang olahraga, dan stress. Seiring bertambahnya usia, maka fungsi kardiovaskuler berubah, terjadi peningkatan tahanan pembuluh darah dan kekakuan arteri merupakan efek dari proses menua. Obesitas juga merupakan faktor yang sangat menentukan untuk terjadinya hipertensi dikarenakan kelebihan lemak tubuh akibat berat badan naik, diduga akan meningkatkan volume plasma, menyempitkan pembuluh darah dan memacu jantung untuk bekerja lebih berat. Adapun riwayat keluarga atau pengaruh genetik pada hipertensi juga telah di buktikan dengan penelitian. Selain itu kebiasaan merokok, kurangnya olahraga dan stress juga sangat berpengaruh pada peningkatan tekanan darah. Komplikasi hipertensi dapat menyebabkan penyakit jantung koroner, infark miokard, stroke,

dan gagal ginjal. Penderita hipertensi mempunyai faktor resiko 3-5 kali lipat untuk terkena serangan jantung dibandingkan dengan dengan bukan penderita hipertensi (Siska, 2022). Lansia dengan hipertensi dapat muncul masalah keperawatan antara lain: nyeri akut, gangguan pola tidur, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, resiko penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, resiko jatuh, dan defisit pengetahuan (Fajarnia, 2021).

Gangguan pola tidur seperti jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor internal maupun eksternal, pada masalah gangguan pola tidur antara lain kesulitan saat memulai tidur, ketidakpuasan tidur, menyatakan tidak merasa cukup istirahat, penurunan kemampuan berfungsi, perubahan pola tidur normal, sering terjaga tanpa sebab yang jelas (Herdman & Kamitsuru, 2018). Gangguan pola tidur merupakan keadaan ketika individu mengalami suatu perubahan dalam kuantitas atau kualitas pola istirahatnya yang menyebabkan rasa tidak nyaman atau mengganggu gaya hidup yang diinginkan (Joko, 2019). Faktor-faktor mempengaruhi pola tidur pada lansia yaitu faktor psikologis, sakit fisik, lingkungan, gaya hidup, dan usia. Lansia yang mengalami pola tidur terganggu dikarenakan terjadinya perubahan fisik secara alami sehingga lansia mudah mengalami terbangun ditengah malam, mimpi buruk, dan susah memulai tidur malam. Lansia yang mengalami gangguan pola tidur akan menyebabkan kebutuhan pola tidur akan menyebabkan lansia mudah terserang penyakit seperti hipertensi (Joko, 2019).

Cara menghilangkan gangguan pola tidur pada lansia seperti membiasakan tidur malam lebih awal, tidak mengonsumsi minuman yang bisa menyebabkan susah tidur seperti kopi pada malam hari, menjaga kebugaran fisik seperti kopi pada malam hari, menjaga kebugaran fisik seperti melakukan jalan pagi minimal 2 kali

seminggu, mengontrol mengonsumsi makanan yang asin dan berlemak yang bisa menyebabkan peningkatan tekanan darah, serta rutin mengontrol kesehatan fisik dengan mengikuti kegiatan di posyandu lansia yang diselenggarakan petugas kesehatan minimal 1 bulan sekali. Lansia perlu membutuhkan kualitas tidur yang baik untuk meningkatkan kesehatan dan memulihkan kondisi tubuh agar tetap sehat. Seseorang yang mengalami kekurangan tidur dapat menyebabkan gangguan metabolisme dan endokrinnya yang berkontribusi menyebabkan lansia cenderung lebih rentan terhadap penyakit hipertensi, pelupa, disorientasi, serta menurunnya kemampuan berkonsentrasi dan membuat keputusan (Joko, 2019).

Penatalaksanaan pada lansia hipertensi dengan masalah gangguan pola tidur diantaranya dengan melakukan tindakan asuhan keperawatan, salah satunya dengan menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, menciptakan lingkungan yang nyaman sebelum tidur sehingga kualitas tidur dapat meningkat. Selain itu dapat memberikan dukungan informasi tentang kesehatan, saran dan pengobatan terhadap pasien hipertensi juga sangat dibutuhkan serta mengajarkan teknik non-farmakologi juga dapat dilakukan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Penanganan hipertensi dibagi dua bagian yakni secara farmakologis dan non farmakologis. Penanganan secara farmakologis dengan menggunakan obat-obat seperti diuretik, simpatik, betablocker, dan vasodilator yang dapat membantu menurunkan dan menstabilkan tekanan darah, serta menurunkan risiko terjadinya komplikasi akibat hipertensi. Penanganan secara non farmakologis yaitu mengurangi berat badan untuk individu yang obesitas atau gemuk, mengadopsi pola makan DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) yang kaya akan kalium dan kalsium, aktifitas fisik, dan terapi komplementer. Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk

membahas mengenai hipertensi yang dituangkan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya wreda jambangan Surabaya”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya ?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn.S Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Dan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya”.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
2. Mampu menentukan diagnosa asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
3. Mampu membuat rencana asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

4. Mampu melakukan implementasi asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
5. Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

#### **1.4 Manfaat**

1. Bagi penulis

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus mengenai hipertensi dan gangguan pola tidur sebagai bahan untuk menambah pengetahuan serta menerapkan ilmu yang telah diperoleh penulis selama menempuh Pendidikan Profesi Ners.

2. Bagi institusi

Pendidikan hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan hipertensi dan gangguan pola tidur

3. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik mengenai asuhan keperawatan dengan masalah kesehatan hipertensi dan gangguan pola tidur.

#### **1.5 Metode Penulisan**

Penulisan karya ilmiah akhir ini menggunakan metode deskriptif, yaitu metode dengan sifat mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kasus kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan,

membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

## **1.6 Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan karya ilmiah akhir ini secara keseluruhan akan dibagi menjadi tiga bagian, meliputi :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, abstrak, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan lampiran.

2. Bagian inti terdiri dari lima bab yang masing-masing terdiri dari sub bab sebagai berikut :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan, dan sistematikan penulisan studi kasus

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi mengenai konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Hipertensi

BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi mengenai deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa medis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

BAB 4 : Pembahasan, berisi mengenai perbandingan antar teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

BAB 5 : Penutup, berisi mengenai kesimpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab ini membahas konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik karya ilmiah akhir, meliputi : 1) Konsep lansia, 2) Konsep penyakit hipertensi, 3) Konsep asuhan keperawatan gerontik dengan masalah kesehatan hipertensi

#### **2.1 Konsep Lansia**

##### **2.1.1 Definisi Lansia**

Lansia merupakan suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya bisa dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang akan melewati tiga tahap dalam kehidupannya yaitu masa anak, dewasa dan juga tua (Mawaddah, 2020). Semakin lanjut usia, biasanya akan mengalami kemunduran terutama dibidang kemampuan fisik sehingga menyebabkan timbulnya gangguan dalam mencukupi kebutuhan sehari-hari yang berakibat dapat meningkatkan ketergantungan untuk membutuhkan bantuan dari orang lain (Husna, 2018).

Pada seseorang yang sudah lanjut usia banyak yang terjadi penurunan salah satunya kondisi fisik maupun biologis. Artinya proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahanlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap lesion atau luka (infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Hal ini dikarenakan fisik lansia dapat menghambat atau memperlambat kemunduran fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya

umur (Friska *et al*, 2020). Pada usia lanjut terjadi berbagai kemunduran organ dan perubahan psikis, maka lansia rentan rentan mengalami gangguan fisik dan gangguan mental. Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi resiko jatuh, gangguan pola tidur dan kecemasan (Gunardi & Herlina, 2021).

### **2.1.2 Klasifikasi Lansia**

Kelompok lanjut usia dapat diklasifikasikan menjadi 4 (empat) golongan, yaitu : (WHO, 2017)

1. Usia pertengahan, 45-50 tahun (*Middle age*)
2. Lanjut usia, 60-74 tahun (*Elderly*)
3. Lanjut usia tua, 75-90 tahun (*Old*)
4. Usia sangat tua, lebih dari 90 tahun (*Very Old*)

### **2.1.3 Ciri-ciri Lansia**

Ciri-ciri lansia adalah : (Stefanus Mendes, Junaiti Sahar, 2018)

1. Lansia merupakan periode kemunduran

Kemunduran pada kelompok lansia pada umumnya dipengaruhi oleh faktor fisik dan psikologis. Motivasi berperan sangat penting dalam kemunduran pada lansia.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, sebagai contoh, lansia yang mempertahankan pendapatnya mendapat respon negatif dari masyarakat disekitarnya.



3. Menua membutuhkan perubahan peran  
Perubahan peran dibutuhkan oleh lansia yang sebaiknya dilakukan atas keinginan sendiri tidak terdapat unsur paksaan atau tekanan dari lingkungan.
4. Penyesuaian yang buruk pada lansia
5. Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat kelompok ini cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk.

#### **2.1.4 Kualiatas Hidup Lansia**

Kualitas hidup lansia terdiri atas 4 (empat) domain, yaitu : (WHO, 2017)

1. Kesehatan fisik  
Meliputi kegiatan sehari-hari, ketergantungan terhadap obat maupun bantuan medis, energi dan kelelahan, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja.
2. Hubungan sosial  
Meliputi cara seseorang berinteraksi satu sama lain dimana interaksi tersebut memiliki pengaruh dalam mengubah perilaku seseorang. Domain ini terdiri dari, personal, dukungan sosial, aktivitas seksual.
3. Aspek lingkungan  
Relasi seseorang yang meliputi sumber keuangan, freedom physical, keamanan

#### **2.1.5 Masalah Kesehatan Yang Sering Terjadi Pada Lansia**

Masalah kesehatan akibat proses penuaan, terjadi akibat kemunduran fungsi sel-sel tubuh (degeneratif), dan menurunnya fungsi sistem imun tubuh sehingga

muncul penyakit degeneratif, gangguan gizi (malnutrisi) penyakit infeksi, masalah kesehatan gigi dan mulut dan sebagainya. Beberapa penyakit yang sering dijumpai pada lanjut usia sebagai berikut yaitu (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 67, 2015):

1. Pneumonia

Gejala awal berupa penurunan nafsu makan; keluhan akan terlihat seperti dispepsia. Keluhan lemas dan lesu akan mendominasi disertai kehilangan minat. Pada keadaan lebih lanjut akan terjadi penurunan kemampuan melakukan aktivitas kehidupan dasar (ADL) sampai imobilisasi.

2. Penyakit Paru Obstruktif Kronis

Penyakit paru obstruksi kronik dapat disebabkan oleh beberapa penyakit; namun demikian apa pun penyebabnya harus diupayakan agar pasien terhindar dari eksaserbasi akut. Beberapa faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan eksaserbasi antara lain infeksi saluran pernafasan oleh bakteri banal maupun virus influenza. Perawatan saluran nafas yang baik dengan latihan nafas, sekaligus juga latihan batuk dan fisioterapi dada akan bermanfaat mempertahankan dan meningkatkan faal pernafasan.

3. Gagal Jantung Kongestif

Hipertensi dan penyakit jantung koroner serta kardiomiopati diabetikum merupakan penyebab gagal jantung tersering pada lanjut usia. Gagal jantung dapat dicetuskan oleh infeksi yang berat terutama pneumonia; oleh sebab itu semua faktor yang meningkatkan risiko pneumonia harus diminimalkan.

#### 4. Osteoarthritis (Oa)

Salah satu penyakit degeneratif yang sering menyerang lanjut usia adalah *osteoarthritis* (OA). Organ tersering adalah *artikulasio genu*, *artikulasio talocrural*, *artikulasio coxae*, dan sendi-sendi *intervertebrae* (disebut *spondiloartrosis*). Karena penyakit ini tidak dapat disembuhkan secara kausatif maka penatalaksanaan simptomatik dan edukasi serta rehabilitasi menjadi sangat penting. Risiko jatuh akibat nyeri atau instabilitas postural karena OA genu dan OA talocrural harus selalu diingat karena mempunyai akibat yang dapat fatal (misalnya *fraktur colum femoris*).

#### 5. Infeksi Saluran Kemih

Gejala awal dapat menyerupai infeksi lain pada umumnya yakni berupa penurunan nafsu makan; keluhan akan terlihat seperti dispepsia. Keluhan lemas dan lesu akan mendominasi disertai kehilangan minat. Pada keadaan lebih lanjut akan terjadi penurunan kemampuan melakukan aktivitas kehidupan dasar (ADL) sampai imobilisasi; dan akhirnya pasien akan mengalami kondisi *acute confusional state* (sindrom delirium).

#### 6. Diabetes Melitus

Prevalensi diabetes meningkat seiring pertambahan umur. Pengendalian gula darah sangat dipengaruhi oleh gaya hidup. Mengonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat kompleks dengan jumlah energi tertentu serta mempertahankan aktivitas olah raga ringan tetap merupakan pilihan utama pengobatan.

## 7. Hipertensi

Usahakan mengukur tekanan darah tidak hanya pada posisi berbaring namun juga setidaknya pada posisi duduk saat awal penegakan diagnosis. Pemantauan tekanan darah sebaiknya dilakukan dalam dua posisi yakni posisi berbaring dan berdiri, setelah istirahat sebelumnya selama 5 menit. Hal ini untuk menapis adanya hipotensi ortostatik yang potensial menimbulkan keluhan pusing hingga instabilitas postural dengan risiko jatuh dan fraktur.

### 2.1.6 Sindrom Geriatri

Masalah kesehatan pada lansia sering juga disebut dengan sindroma geriatri atau istilah lainnya I4 I yaitu kumpulan gejala atau masalah kesehatan yang sering dikeluhkan oleh para lansia (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 67, 2015) :

#### 1. *Immobilisation* (Berkurangnya Kemampuan Gerak)

Keadaan dimana berkurangnya kemampuan gerak/tirah baring selama minimal 3 kali 24 jam sesuai defenisi imobilisasi. Menggambarkan suatu sindrom penurunan fungsi fisik sebagai akibat dari penurunan aktivitas dan adanya penyakit penyerta (seperti: rasa nyeri, kelemahan, kekakuan otot, masalah psikologis, depresi atau demensia, fraktur femur, penurunan kesadaran dan sakit berat lainnya). Imobilisasi yang lama pada menimbulkan berbagai komplikasi seperti ulkus dekubitus, trombosis vena, hipotensi ortostatik, infeksi paru-paru dan saluran kemih, pneumonia aspirasi dan ortostatik, kekakuan dan kontraktur sendi, hipotrofi otot, dan lain-lain.

## 2. *Instabilititas Postural* (Jatuh dan Patah Tulang)

Proses menua sering kali disertai dengan perubahan cara jalan (*gait*). Instabilitas postural dapat meningkatkan risiko jatuh, yang akan mengakibatkan trauma fisik maupun psikososial. Hilangnya rasa percaya diri, cemas, depresi, rasa takut jatuh sehingga pasien terpaksa mengisolasi diri dan mengurangi aktivitas fisik sampai imobilisasi. Gangguan keseimbangan merupakan masalah kesehatan yang dapat disebabkan oleh salah satu atau lebih dari gangguan visual, gangguan organ keseimbangan (*vestibuler*), gangguan sensori motor, kekakuan sendi, kelemahan otot, dan atau penyakit misalnya hipertensi, DM, jantung, dll. Selain itu gangguan keseimbangan atau resiko jatu dapat disebabkan oleh faktor yang terdapat di lingkungan misalnya alas kaki tidak sesuai, lantai licin, jalan tidak rata, penerangan kurang, benda-benda dilantai yang membuat terpeleset, dll.

## 3. *Incontinence Urine* (Mengompol)

Inkontinensia urin merupakan keluarnya urin yang tidak dikehendaki atau ketidakmampuan menahan keluarnya urin. Beberapa penyebab inkontinensia urin antara lain adalah sindrom delirium, imobilisasi, poliuria, infeksi, inflamasi, impaksi feses, serta beberapa obat-obatan. Inkontinensia urin dapat menimbulkan masalah sosial dan atau kesehatan kesehatan lain seperti dehidrasi karena pasien mengurangi minumnya akibat takut mengompol, jatuh dan fraktur karena terpeleset oleh urin yang berceceran, luka lecet sampai ulkus dekubitus akibat pemasangan pembalut, lembab dan basah pada punggung bawah dan bokong. Selain itu, rasa malu dan depresi juga dapat timbul akibat inkontinensia urin tersebut.

#### 4. *Infection* (infeksi)

Infeksi merupakan penyebab utama terjadinya mortalitas dan morbiditas pada Lansia. Terdapat beberapa faktor penyebab terjadinya infeksi pada Lansia yaitu adanya perubahan sistem imun, perubahan fisik (penurunan refleks batuk, sirkulasi yang terganggu dan perbaikan luka yang lama) dan beberapa penyakit kronik lain. Sedangkan infeksi yang paling sering terjadi pada Lansia yaitu infeksi paru (pneumonia), infeksi saluran kemih dan kulit. Tanda dan gejala infeksi pada lansia biasanya tidak jelas, sehingga sangat penting untuk mengenali tanda dan gejala infeksi pada Lansia.

#### 5. *Impairment of Senses* (Gangguan Fungsi Indera)

Gangguan fungsi indera adalah salah satu masalah yang sering ditemui pada Lansia. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya gangguan fungsional yang seperti gangguan kognitif serta isolasi sosial. Karenanya, sangat penting untuk dapat mengidentifikasi Lansia yang mengalami gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, gangguan penciuman gangguan pengecapan dan gangguan perabaan, mengidentifikasi penyebabnya serta memberikan terapi yang sesuai

#### 6. *Inanition* (Kekurangan Gizi atau Malnutrisi)

Gangguan gizi sering kali dialami oleh Lansia, gangguan gizi pada Lansia dapat berupa kekurangan zat gizi makro (karbohidrat, lemak dan protein) maupun zat gizi mikro (vitamin dan mineral). Kekurangan zat gizi energi dan protein pada Lansia terjadi karena kurangnya asupan energi dan protein, peningkatan metabolisme karena trauma atau penyakit tertentu dan peningkatan kehilangan zat gizi. Seiring proses menua asupan energi juga secara signifikan menurun, hal ini berhubungan dengan penurunan aktivitas fisik pada lansia serta perubahan komposisi tubuh.

Gangguan gizi pada lansia dapat merupakan konsekuensi masalah-masalah somatik, fisik atau sosial. Adanya gangguan mobilisasi (misalnya akibat artritis maupun stroke), gangguan kapasitas aerobik, gangguan input sensor (mencium, merasakan dan penglihatan), gangguan gigi-geligi, malabsorpsi, penyakit kronik (anoreksia, gangguan metabolisme) dan obat-obatan menyebabkan Lansia mudah mengalami kekurangan zat gizi. Faktor psikologis seperti depresi dan demensia serta faktor sosial ekonomi (keterbatasan keuangan, pengetahuan gizi yang kurang, fasilitas memasak yang kurang dan ketergantungan dengan orang lain) juga dapat menyebabkan Lansia mengalami kekurangan zat gizi. Gizi kurang berhubungan dengan gangguan imunitas, menghambat penyembuhan luka, penurunan status fungsional dan peningkatan mortalitas.

#### 7. *Iatrogenic* (Masalah Akibat Tindakan Medis)

Salah satu tindakan medis yang dapat menimbulkan masalah kesehatan adalah polifarmasi. Polifarmasi adalah penggunaan beberapa macam obat. Definisi, pada Lansia sering menderita penyakit lebih dari satu jenis sehingga membutuhkan obat yang lebih banyak, apalagi sebagian lansia sering menggunakan obat dalam jangka waktu yang lama atau obat dengan dosis yang berlebihan sehingga dapat menimbulkan penyakit. Akibat yang ditimbulkan antara lain efek samping dan efek dari interaksi obat-obat tersebut yang dapat mengancam jiwa.

#### 8. *Insomnia* (Gangguan Tidur)

Gangguan Tidur (*Insomnia*) dapat disebabkan oleh gangguan cemas, depresi, delirium, dan demensia. Gangguan tidur kronik seringkali menyebabkan jiwa pasien tertekan (*distress*). Pasien dengan masalah insomnia sering datang dengan keluhan: Keluhan sulit masuk tidur; Keluhan tidur gelisah atau tidur yang

tidak menyegarkan.; Mengeluh sering bangun atau periode bangun yang panjang.; Tidak berdaya akibat sulit tidurnya; Tertekan (*distress*) akibat kurang tidur  
Insomnia

9. *Intellectual Impairment* (Gangguan Fungsi Kognitif)

Gangguan fungsi kognitif merupakan kapasitas intelektual yang berada dibawah rata-rata normal untuk usia dan tingkat pendidikan seseorang tersebut. Gangguan fungsi kognitif dapat disebabkan karena sindrom delirium dan demensia. Penanganan yang tidak adekuat dari sindrom delirium akan mengakibatkan berbagai penyulit sesuai penyebab. Penanganan yang tidak adekuat dari demensia akan mengakibatkan perburukan intelektual yang cepat, serta potensial menimbulkan beban terhadap keluarga dan masyarakat.

10. *Isolation* (Isolasi)

Penyebab tersering menarik diri dari lingkungan sekitar adalah depresi dan gangguan fisik yang berat. Dalam kondisi berkepanjangan dapat muncul kecenderungan bunuh diri baik aktif maupun pasif.

11. *Imppecunity* (Berkurangnya Kemampuan Keuangan)

Dengan semakin bertambahnya usia maka kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara perlahan-lahan, yang menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjakan atau menyelesaikan pekerjaan sehingga tidak dapat memberikan penghasilan. Ketidakberdayaan finansial dapat terjadi pada kelompok usia lain namun, pada Lansia menjadi sangat penting karena meningkatkan risiko keterbatasan akses terhadap berbagai layanan kesehatan, pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan asuhan psikososial.



## 12. *Impaction* (Konstipasi)

Konstipasi pada Lansia sering terjadi karena berkurangnya peristaltik usus. Faktor yang mempengaruhi konstipasi adalah kurangnya gerak fisik, makanan yang kurang mengandung serat, kurang minum, akibat obat-obat tertentu dan lain-lain. Akibatnya BAB menjadi sulit atau isi usus menjadi tertahan, kotoran dalam usus menjadi keras dan kering dan pada keadaan yang berat dapat terjadi penyumbatan didalam usus dan perut menjadi sakit.

## 13. *Immune Defficiency* (Gangguan Sistem Imun)

Daya tahan tubuh menurun bisa disebabkan oleh proses menua disertai penurunan fungsi organ tubuh, juga disebabkan penyakit yang diderita, penggunaan obat-obatan, keadaan gizi yang menurun. Sistem imunitas yang sering mengalami gangguan adalah sistem immunitas seluler. Hal tersebut, mengakibatkan kejadian infeksi tuberkulosis meningkat pada populasi Lansia sehingga memerlukan kewaspadaan.

## 14. *Impotence* (Gangguan Fungsi Seksual)

Ketidakmampuan melakukan aktivitas seksual pada Lansia terutama disebabkan oleh gangguan organik seperti gangguan hormon, syaraf, dan pembuluh darah dan juga depresi. Selain itu juga dapat disebabkan oleh obat-obat antihipertensi, diabetes melitus dengan kadar gula darah yang tidak terkontrol, merokok, dan hipertensi lama.

## **2.2 Konsep Hipertensi**

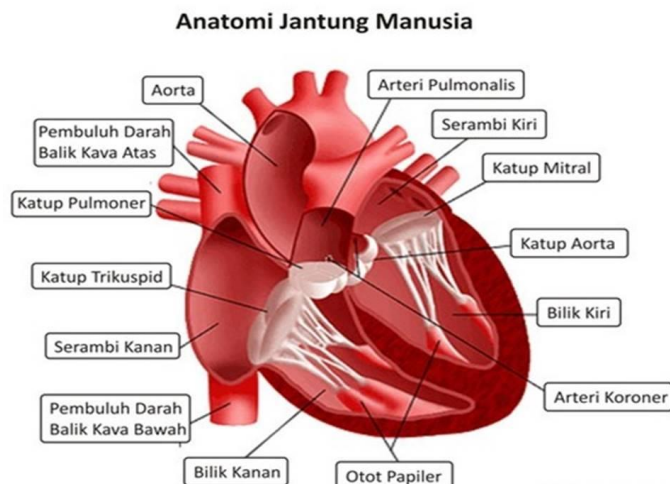
### **2.2.1 Definisi Hipertensi**

Hipertensi merupakan salah satu penyakit mematikan di dunia. Hipertensi tidak dapat secara langsung membunuh penderitanya, melainkan sebagai memicu

terjadinya penyakit lain memberikan dampak mematikan. Angka kejadian hipertensi dapat berimbas juga terhadap tingginya penyakit kronis lain sebagai komplikasi hipertensi seperti stroke ulang, gagal jantung, gagal ginjal dan penyakit serius lainnya menyebabkan tingginya angka kesakitan dan kematian (Simanjuntak & Situmorang, 2022). Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang terjadi bila tekanan sistoliknya  $\geq 140$  mmHg dan tekanan diastolik  $\geq 90$  mmHg. Hipertensi seringkali tidak menimbulkan gejala sehingga merupakan penyebab terbesar dari ketidakpatuhan melaksanakan pengobatan (Virani *et al*, 2020). WHO menyatakan penyebab kematian di seluruh dunia adalah hipertensi dengan 9.4 juta kematian. Hipertensi adalah sebuah keadaan pada saat tekanan sistol  $>140$  mmHg dan diastole  $\geq 90$  mmHg (batas tersebut untuk orang dewasa di atas 18 tahun) (WHO, 2019).

### **2.2.2 Anatomi Dan Fisiologi**

Jantung adalah organ yang memompa darah melalui pembuluh darah menuju ke seluruh jaringan tubuh. Sistem kardiovaskuler terdiri darah, jantung, dan pembuluh darah. Darah yang mencapai sel-sel tubuh dan melakukan pertukaran zat dengan sel-sel tersebut harus di pompa secara terus-menerus oleh jantung melalui pembuluh darah. Sisi kanan dari jantung, memompa darah melewati paru-paru, memungkinkan darah untuk melakukan pertukaran antara oksigen dan karbondioksida (Iman, 2019).



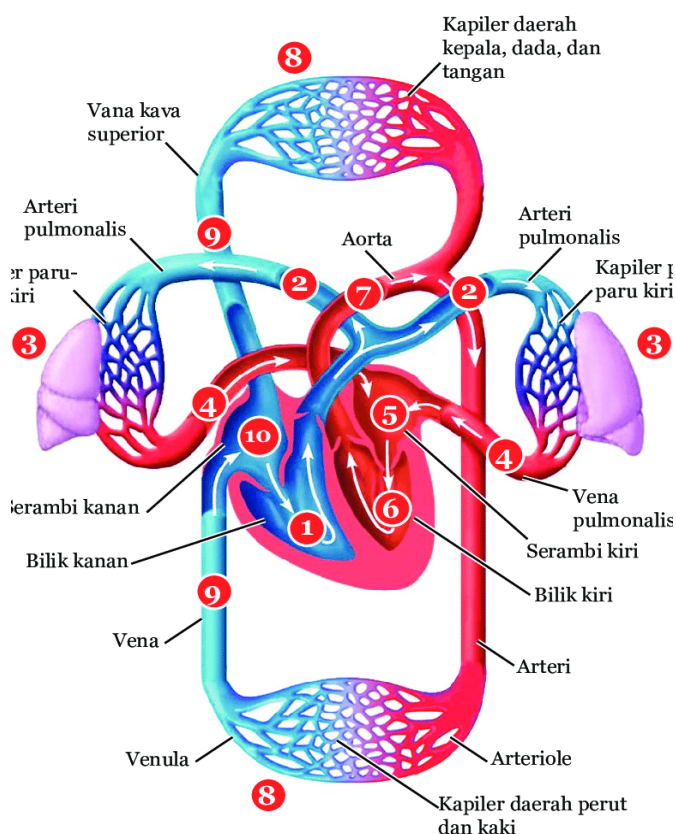
Gambar 2.1 Anatomi jantung manusia

Sumber : Novia Puspita, 2020. Asuhan keperawatan pada pasien hipertensi. KTI. Samarinda : Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan. 2020

Jantung memompa darah ke seluruh tubuh, jantung tidak menerima nutrisi dari darah yang di pompanya. Nutrisi tidak dapat menyebar cukup cepat dari darah yang ada dalam bilik jantung untuk memberi nutrisi semua lapisan sel yang membentuk dinding jantung. Untuk alasan ini, miokardium memiliki jaringan pembuluh darah sendiri, yaitu sirkulasi koroner (Iman, 2019). Jantung kaya akan pasokan darah, yang berasal dari arteri koronari kiri dan kanan. Arteri-arteri ini muncul secara terpisah dari sinus aorta pada dasar aorta, di belakang tonjolan katup aorta. Arteri ini tidak diblockade oleh tonjolan katup selama sistol karena adanya aliran sirkulasi dan sepanjang siklus jantung.

Arteri koronari kanan terus berjalan diantara bronkus pulmonalis dan atrium kanan, menuju sulkus AV. Saat arteri tersebut menuruni tepi bawah jantung, arteri terbagi menjadi cabang descendes anterior. Terdapat anastomosis antara cabang marginal kanan dan kiri, serta arteri descendens anterior dan posteror, meskipun anastomosis ini tidak cukup untuk mempertahankan perfusi jika salah satu sisi sirkulasi koroner tersumbat. Sebagian besar darah kembali ke atrium kanan

melalui sinus koronarius dan vena jantung anterior. Vena koronari besar dan kecil secara berturut-turut terletak paralel terhadap arteri koronaria kiri dan kanan, dan berakhir di dalam sinus. Banyak pembuluh-pembuluh kecil lainnya yang langsung berakhir di dalam ruang jantung, termasuk vena thebesisn dan pembuluh arterisinusoidal. Sirkulasi koroner mampu membentuk sirkulasi tambahan yang baik pada penyakit jantung iskemik, misalnya oleh plak ateromatosa. Sebagai besar ventrikel kiri disuplai oleh arteri koronari kiri, dan oleh sebab itu adanya sumbatan pada arteri tersebut sangat berbahaya, AV dan nodus sinus disuplai oleh arteri koronaria kanan pada sebagian besar orang, penyakit pada arteri ini dapat menyebabkan lambatnya denyut jantung dan blockade AV ( Aaronson, 2010 ; Iman, 2019).



Gambar 2.2 Anatomi jantung manusia

Sumber : Novia Puspita, 2020. Asuhan keperawatan pada pasien hipertensi. KTI. Samarinda : Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan. 2020

Fisiologi utama pembuluh darah arteri untuk mendistribusikan darah yang kaya oksigen (O<sub>2</sub>) dari jantung keseluruh tubuh, sedangkan fungsi utama vena adalah mengalirkan darah yang membawa sisa metabolisme, dan karbon dioksida (CO<sub>2</sub>) dari jaringan, kembali ke jantung. Pada peredaran darah paru, pembuluh arteri mengandung darah miskin oksigen (O<sub>2</sub>) dan banyak karbon dioksida (CO<sub>2</sub>) sedangkan vena pulmonal mengandung banyak oksigen. Darah dalam vena dapat dipompakan oleh jantung menimbulkan perubahan tekanan yang mampu memompakan darah dari jantung dan kembali ke jantung. Tekanan darah sangat penting dalam sistem sirkulasi darah selalu diperlukan untuk daya dorong mengalirkan darah dalam arteri, arteriole, kapiler dan sistem vena sehingga terbentuk aliran darah yang menetap. Pada perekaman tekanan didalam sistem arteri, tampak kenaikan tekanan arteri sampai pada puncaknya sekitar 120 mmHg, tekanan ini disebut tekanan sistole, tekanan ini menyebabkan aorta distensi, sehingga tekanan didalamnya turun sedikit. Pada saat diastole, ventrikel tekanan aorta cenderung menurun sampai 80 mmHg, tekanan ini dalam pemeriksaan disebut diastolik.

### **2.2.3 Etiologi**

Penyebab hipertensi secara umum terbagi menjadi 2 kelompok yaitu :

1. Faktor penyebab yang tidak dapat dikendalikan antara lain :

a. Usia

Dengan bertambahnya usia individu memiliki resiko hipertensi yang lebih tinggi, terutama usia lanjut rentan terkena penyakit degeneratif seperti hipertensi. Semakin bertambahnya usia jantung akan mengalami

penumpukan zat yang menyebabkan dinding arteri menebal. Sehingga pembuluh darah akan kaku dan menyempit.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat menjadi salah satu faktor resiko hipertensi, wanita akan lebih beresiko daripada laki laki ketika sudah melewati fase monopause. Hal ini dikarenakan hormon ekstrogen pada wanita akan berkurang secara perlahan. Namun laki laki juga beresiko jika terbiasa melakukan pola hidup yang tidak sehat.

c. Genetik

Seseorang yang memiliki keturunan sebelumnya terkena hipertensi akan mempunyai resiko lebih tinggi, di karenakan peningkatan kadar sodium intraseluler yang mengakibatkan kadar potasium menurun dalam tubuh.

2. Faktor penyebab yang dapat dikendalikan antara lain :

a. Pola hidup seperti merokok

Merokok dapat menyebabkan tekanan darah naik, karena adanya kandungan nikotin yang mengakibatkan pembuluh darah menyempit.

b. Kurang melakukan aktivitas fisik

Dengan melakukan aktivitas fisik seperti olahraga teratur dapat menyebabkan tekanan perifer menurun sehingga tekanan darah menurun dan mengurangi resiko terjadinya hipertensi

c. Kelebihan berat badan

Ketika seseorang mengalami berat badan berlebih jantung dan sirkulasi pembuluh darahnya akan meningkat hal ini dikarenakan

timbunan lemak yang mempersempit aliran pembuluh darah sehingga dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi.

d. Mengonsumsi garam berlebih

Garam yang dikonsumsi dengan berlebihan akan menyebabkan natrium diserap oleh pembuluh darah sehingga terjadi retensi air yang berakibat meningkatnya volume pembuluh darah

#### **2.2.4 Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis menurut (Nisa, 2017) yang sering terjadi pada penderita hipertensi yaitu :

1. Tekanan darah meningkat melebihi batas normal (140/90 mmHg)
2. Nyeri dibagian tengkuk seperti tertimpa beban yang berat
3. Mengalami gangguan pola tidur
4. Sakit kepala
5. Telinga berdering
6. Jantung berdebar debar
7. Penglihatan kabur

#### **2.2.5 Patofisiologi**

Hipertensi berhubungan dengan penebalan dinding pembuluh darah dan hilangnya elastisitas dinding arteri. Hal ini menyebabkan peningkatan resistensi perifer, yang membuat jantung berdetak lebih kuat, dengan demikian mengatasi resistensi yang lebih tinggi. Akibatnya aliran darah ke organ vital seperti jantung, otak, dan ginjal akan berkurang (Medika. *et al*, 2020). Mekanisme yang mengontrol vasokonstriksi dan relaksasi terletak di pusat vasomotor di medula otak. Dari pusat vasomotor ini, jalur saraf simpatis meluas ke bawah sumsum tulang belakang dan

meninggalkan kolom saraf simpatis sumsum tulang belakang di rongga dada dan perut. Stimulasi vasomotor sentral diberikan dalam bentuk denyut yang berjalan ke sistem saraf simpatis untuk mencapai ganglia simpatis. Pada saat ini, neuron preganglionik melepaskan asetilkolin, yang menstimulasi serabut saraf postganglionik ke pembuluh darah, dimana pelepasan norepinefrin menyebabkan vasokonstriksi. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Pasien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak jelas mengapa hal ini terjadi.

Sistem saraf simpatis menstimulasi pembuluh darah sebagai respons terhadap rangsangan emosional, kelenjar adrenal juga terstimulasi, menghasilkan aktivitas vasokonstriktor tambahan. Medula adrenal mengeluarkan adrenalin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mengeluarkan kortisol dan steroid lain, yang dapat memperkuat respons vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi menyebabkan penurunan aliran ke ginjal, yang menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I, yang kemudian diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II merupakan vasokonstriktor yang efektif, yang selanjutnya merangsang korteks adrenal untuk mengeluarkan aldosteron. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air di tubulus ginjal, yang menyebabkan peningkatan volume intravaskular. Semua faktor tersebut cenderung berkontribusi pada keadaan hipertensi (Smeltzer, S. C & Barre, 2017). Untuk pertimbangan geriatri, perubahan struktur dan fungsi sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab atas perubahan tekanan darah di usia tua. Perubahan ini termasuk aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan relaksasi



otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya mengurangi kemampuan pembuluh darah untuk mengembang dan meregang. Akibatnya, aorta dan aorta kurang mampu beradaptasi dengan jumlah darah yang dipompa oleh jantung (stroke volume), yang mengakibatkan berkurangnya kelainan jantung dan peningkatan resistensi perifer (Rahayu *et al*, 2021).

### 2.2.6 Klasifikasi

Klasifikasi Hipertensi menurut (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia, 2019):

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Optimal	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi Derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi Derajat 3	$\geq 180$	$\geq 110$
Hipertensi Sistolik Terisolasi	$\geq 140$	< 90

### 2.2.7 Komplikasi

Penyakit hipertensi jika tidak mendapatkan penatalaksanaan dengan baik dalam jangka panjang akan mengakibatkan terjadinya komplikasi diantaranya (Anshari, 2020):

#### 1. Penyakit jantung coroner

Pada organ jantung komplikasi yang muncul yaitu pembuluh darah yang mengeras sehingga membatasi aliran darah ke jantung akibatnya jantung kekurangan pasokan oksigen darah dan nutrisi

2. Kerusakan ginjal

Hipertensi dapat mengakibatkan pembuluh darah yang menuju ginjal mengalami penyempitan sehingga ginjal tidak bisa berfungsi dengan efektif, proses penyaringan zat sisa akan mengalami gangguan akibatnya ginjal hanya mampu mengeluarkan zat sisa sebagian saja sehingga banyak zat sisa yang kembali ke darah

3. Stroke

Hipertensi merupakan faktor resiko terjadinya stroke, tekanan darah yang meningkat mampu mengakibatkan pembuluh darah pecah. Apabila hal ini terjadi di otak akan menyebabkan perdarahan pada otak yang dapat berakhir dengan kematian. Stroke juga dapat disebabkan karena sumbatan dan gumpalan darah pada pembuluh darah

### **2.2.8 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan untuk mengontrol hipertensi secara umum dibagi menjadi dua jenis manajemen penatalaksanaan yaitu sebagai berikut :

1. Penatalaksanaan non farmakologis :

a. Diet yang terkontrol

Membatasi atau kurangi konsumsi garam yang berlebih. Kemudian menurunkan berat badan dapat menyebabkan tekanan darah menurun serta penurunan aktivitas renin dan aldosteron dalam plasma.

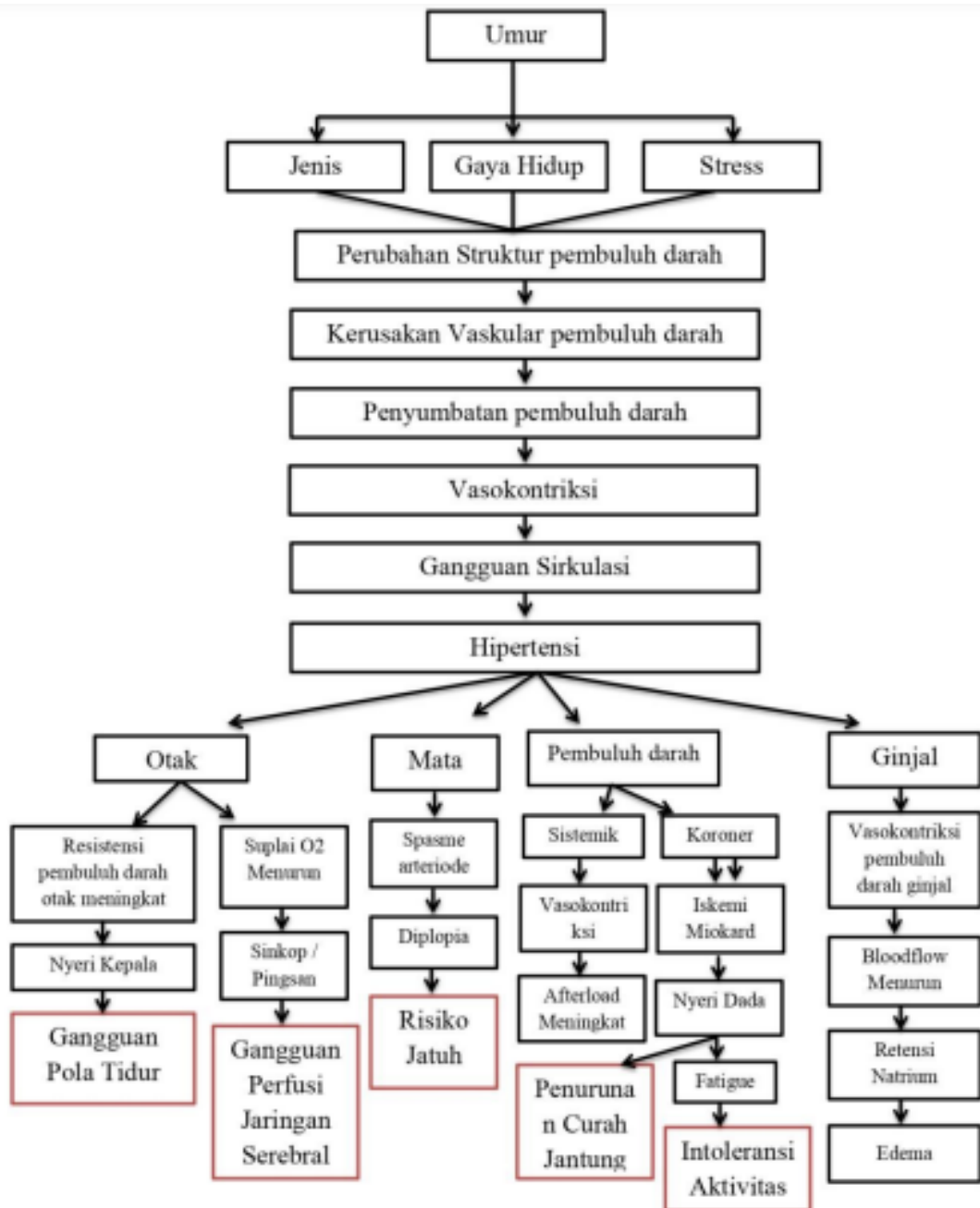
b. Menerapkan pola hidup sehat

Terapkan pola hidup sehat seperti tidak merokok, istirahat cukup, serta rutin berolahraga untuk membantu mengontrol tekanan darah dalam batas normal

## 2. Penatalaksanaan farmakologis

Untuk memilih obat anti hipertensi terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan diantaranya memiliki efektivitas yang tinggi, Memberikan efek samping yang ringan, Mengutamakan obat oral, Harga obat relatif murah sehingga memungkinkan dijangkau oleh klien tanpa mengurangi kualitas obat, Memungkinkan untuk dikonsumsi dalam jangka panjang. Antara lain obat hipertensi yaitu obat golongan betablocker yang berfungsi menghambat hormon adrenalin sehingga dapat mengontrol tekanan darah misalnya atenol, bisoprolol, metoprolol. Selain itu diuretik juga menjadi salah satu obat yang sering dianjurkan untuk penderita hipertensi yang bekerja dengan cara mengeluarkan natrium dan cairan dalam tubuh yang berlebih (Setiani, 2018).

### 2.2.9 WOC



Gambar 2.3 WOC Hipertensi

### 2.2.10 Pemeriksaan Penunjang

1. Hb/Ht : kaji adanya sel terhadap volume cairan (viskositas) serta bisa indikasi faktor pemicu yaitu : hipokoagulabilitas, kekurangan darah.
2. BUN / kreatinin : menginformasikan data perfusi ataupun fungsi ginjal.

3. Glukosa : Hiperglikemi (DM merupakan penyebab hipertensi) bisa berakibat keluar kadar ketokolamin
4. Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal serta terdapat DM.
5. CT Scan : Kaji ada tumor cerebral, encelopati
6. EKG : mengetahui pola keregangan, dimana luas, ketinggian gelombang P merupakan ciri menandakan penyakit jantung hipertensi.
7. UP : mengenal penyebab hipertensi semacam : Batu ginjal perbaikan ginjal.
8. Photo dada/thotax : Tunjuk destruksi kalsifikasi di area katup, pembesaran jantung.

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik**

#### **2.3.1 Pengkajian**

Menurut (Handa Gustiawan, 2019) yang perlu dikaji ialah :

1. Identitas  
Ada beberapa yang merupakan identitas yaitu : Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, status perkawinan, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, kamar dan identitas keluarga pasien
2. Riwayat Masuk Panti  
Menjelaskan mengapa memilih tinggal di panti dan bagaimana proses sehingga dapat bertempat tinggal di panti
3. Riwayat Keluarga  
Menggambarkan sebuah hubungan keluarga (kakek, nenek, orang tua, saudara kandung, pasangan, dan anak-anak)

4. **Riwayat Pekerjaan**  
Menjelaskan dimana pekerjaan sekarang, pekerjaan sebelumnya, dan mendapatkan uang dan kecukupan terhadap kebutuhan yang tinggi.
5. **Riwayat Lingkup Hidup**  
Memiliki gambaran tempat tinggal, berapa kamar yang diinginkan, berapa orang yang tinggal di rumah, derajat privasi, alamat, dan nomor telpon
6. **Riwayat Rekreasi**  
Meliputi : hoby/peminatan, keanggotaan organisasi, dan liburan
7. **Sumber/Sistem Pendukung**  
Sumber pendukung adalah anggota atau staf pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat atau klinik
8. **Deskripsi Harian Khusus Kebiasaan Ritual Tidur**  
Menjelaskan kegiatan yang dilakukan sebelum tidur. Pada pasien lansia dengan hipertensi mengalami susah tidur sehingga dilakukan ritual ataupun aktivitas sebelum tidur
9. **Status Kesehatan Sekarang**  
Ada beberapa status kesehatan umum ketika setahun yang lalu, status kesehatan umum ketika 5 tahun yang lalu, keluhan yang utama, serta pendidikan tentang penatalaksanaan masalah kesehatan.
10. **Pemeriksaan fisik :**  
Pemeriksaan fisik adalah suatu proses pemeriksaan tubuh pasien yang dilakukan dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menentukan adanya gejala dari sebuah penyakit dengan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi (Sirotus, 2019) :

- a. Sistem pernapasan (B1) *Breathing*  
Dapat ditemukan peningkatan frekuensi napas atau masih dalam batasan normal
- b. Sistem sirkulasi (B2) *Bleeding*  
Mengkaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apical, sirkulasi perifer, warna, dan kehangatan
- c. Sistem persyarafan (B3) *Brain*  
Mengkaji adanya hilang gerakan atau sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan / hilang fungsi. Pergerakan mata / kejelasan melihat, dilatasi pupil, agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri / ansietas)
- d. Sistem perkemihan (B4) *Bladder*  
Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, dysuria, distensi, kandung kemih, warna dan bau urine, dan kebersihan
- e. Sistem pencernaan (B5) *Bowel*  
Konstipasi, konsisten feses, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen
- f. Sistem muskuloskeletal (B6) *Bone*  
Mengkaji adanya nyeri berat tiba-tiba / mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kekuatan otot, kontraktur, atrofi otot, laserasi kulit dan perubahan warna

## 11. Pengkajian status fungsional dan pengkajian status kognitif

### a. Pengkajian status fungsional

#### 1) Indeks katz

Pemeriksaan indeks katz memfokuskan aktivitas kehidupan sehari-hari yaitu kegiatan mandi, memakai pakaian, pindah tempat, toileting, dan makan. Mandiri merupakan tidak ada yang mengawasi, mengarahkan, ataupun bantuan orang lain. Pengkajian ini mendasarkan pada status aktual serta bukan terhadap kemampuan. Pengkajian ini dapat mengukur kemampuan fungsional lanjut usia dilingkungan sekitar rumah. (Susanto, 2018).

#### 2) Barthel indeks

Pemeriksaan barthel indeks adalah alat mengukur kemandirian lanjut usia yang sering digunakan, dengan ukur mandiri fungsional pada perihal keperawatan diri serta mobilitas. Barthel indeks tidak mengukur ADL, instrumental, komunikasi, dan psikososial. Pengukuran pada barthel indeks bertujuan buat ditunjukkan peningkatan pelayanan yang dibutuhkan pasien. Barthel indeks dapat mengambil pada catat medik penderita, pengamatan langsung ataupun catatan sendiri pada pasien. (Susanto, 2018).

Tabel 2.2 pengkajian status fungsional

No.	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1.	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	
2.	Mandi	0	5	
3.	Makan	5	10	



4.	Toilet (aktivitas BAB & BAK)	5	10	
5.	Naik/turun tangga	5	10	
6.	Berpakaian	5	10	
7.	Kontrol BAB	5	10	
8.	Kontrol BAK	5	10	
9.	Ambulasi	10	15	
10.	Transfer kursi/bed	5-10	15	

Interpretasi hasil :

0 – 20 : ketergantungan penuh

21 – 61 : ketergantungan berat

62 – 90 : ketergantungan sedang

91 – 99 : ketergantungan ringan

100 : mandiri

b. Pengkajian status kognitif

- 1) SPMSQ (*Short portable mental status questionnaire*) adalah beberapa pengujian sederhana yang sudah digunakan secara luas untuk menilai status mental. Menguji semacam 10 pertanyaan berkaitan dengan orientasi, riwayat pribadi, ingatan jangka pendek, ingatan jangka panjang dan perhitungan.

Tabel 2.3 SPMSQ (*Short portable mental status questionnaire*)

Benar	Salah	No.	Pertanyaan
		1.	Tanggal berapa hari ini ?
		2.	Hari apa sekarang ?
		3.	Hari apa sekarang ?

		4.	Dimana alamat anda ?
		5.	Berapa umur anda ?
		6.	Kapan anda lahir ?
		7.	Siapa presiden Indonesia ?
		8.	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
		9.	Siapa nama ibu anda ?
		10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
Jumlah			

Interpretasi hasil : berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah = 0,

Salah 0 – 3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : fungsi intelektual kerusakan ringan


Salah 6 – 8 : fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : fungsi intelektual kerusakan berat

- 2) MMSE (*Mini mental state exam*) ialah bentuk mengkaji kognitif yang digunakan. Lima fungsi kognitif dalam MMSE yaitu konsentrasi, bahasa, orientasi, ingatan serta atensi. MMSE terdiri dari dua bagian, bagian pertama hanya membutuhkan respon verbal dan mengkaji orientasi, memori dan atensi. Bagian kedua kaji kemampuan tulis kalimat, nama objek, ikuti perintah verbal serta tulis, salin suatu desain poligon kompleks. (Rhosma S, 2014).

Tabel 2.4 MMSE (*Mini mental state exam*)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : Tahun : 2022 Hari : Kamis Musim : hujan

				Bulan : desember Tanggal : 22
2.	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada ? Negara : indonesia Panti : wreda jambangan Propinsi: jawa timur Kabupaten/kota : Surabaya
3.	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1). Kursi 2). Meja 3). Kertas
4.	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6.	Bahasa	9	9	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut). 1. Kursi 2. Lemari 3. Minta klien untuk mengulangi kata berikut : (" tidak ada, dan, jika, atau tetapi") Klien menjawab : " tidak ada, dan, jika, atau tetapi" Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. 1. Ambil kertas ditangan anda 2. Lipat dua 3. Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 1. "Tutup mata anda" 2. Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 3. Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk 
Total nilai		30	30	

Interpretasi hasil :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 – 17 : gangguan kognitif berat

c. Pengkajian tes keseimbangan *time up go*

Tabel 2.5 Tes keseimbangan *time up go*

No.	Tanggal pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1.		
2.		
3.		
Rata-rata waktu TUG		
Interpretasi hasil		

Hasil pemeriksaan :

>13,5 detik : resiko tinggi jatuh

>24 detik : diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan

>30 detik : diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

d. Pengkajian fungsi sosial lansia APGAR keluarga

Tabel 2.6 fungsi sosial lansia AGPAR keluarga

No.	Uraian	Fungsi	Score
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas/arah baru	GROWTH	
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan	AFFECTION	

	berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai		
5.	Saya puas dengan cara teman-teman dan saya menyediakan waktu bersama-sama	<b>RESOLVE</b>	
Kategori Skor : Pertanyaan yang dijawab : 1. Selalu : 2 2. Kadang-kadang : 1 3. Hampir tidak pernah : 0		<b>TOTAL</b>	

Interpretasi hasil :

<3 : disfungsi berat

4 – 6 : disfungsi sedang

>6 : fungsi baik

e. Pengkajian depresi

Tabel 2.7 pengkajian depresi

No.	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tidak	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	
6.	Anda takut pada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda sering merasa butuh bantuan	1	0	
9.	Anda lebih senang ditinggal di rumah dari pada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	

12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	
JUMLAH				

Interpretasi hasil : jika diperoleh 5 atau lebih di indikasikan depresi

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (SDKI D.0008)
3. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium (SDKI D.0022)
4. Resiko cedera (SDKI D.0136)
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI D.0056)
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI D.0111)

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.8 intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

	3. Gelisah menurun	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>5. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (SDKI D.0008).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakadekuatan jantung memompa darah meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah menurun</li> <li>2. Palpitasi menurun</li> <li>3. Lelah menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</li> <li>2. Monitor tekanan darah</li> <li>3. Berikan diet jantung yang sesuai</li> <li>4. Posisikan pasien fowler atau semi fowler dengan kaki ke bawah atau posisi yang nyaman</li> <li>5. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> <li>6. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap.</li> </ol>
Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium (SDKI D.0022)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema menurun</li> <li>2. Asites menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>3. Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>4. Ajarkan cara membatasi cairan</li> <li>5. Kolaborasi pemberian deuretik</li> </ol>
Resiko cedera (SDKI D.0136).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan keselamatan</li> </ol>

	<p>diharapkan tingkat resiko cedera dilaporkan menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian cedera menurun</li> <li>2. Luka/lecet menurun</li> <li>3. Perdarahan menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Hilangkan bahaya</li> <li>3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan resiko</li> <li>4. Gunakan perangkat pelindung</li> <li>5. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan</li> </ol>
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik (SDKI D.0056).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>2. Keluhan lelah menurun</li> <li>3. Kekutan tubuh bagian atas dan bawah meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji respon pasien terhadap aktivitas.</li> <li>2. Instruksikan klien tentang teknik penghematan energi..</li> <li>3. Berikan dorongan untuk melakukan aktivitas/perawatan diri bertahap jika dapat ditoleransi.</li> <li>4. Berikan bantuan sesuai kebutuhan.</li> <li>5. Awasi Tekanan darah, Nadi dan pernapasan selama dan sesudah aktivitas</li> </ol>
<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar sumber informasi (SDKI D.0111)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>2. Kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar.</li> <li>2. Jelaskan tentang hipertensi dan efeknya pada jantung, pembuluh darah, ginjal dan otak.</li> <li>3. Bantu pasien dalam mengidentifikasi faktor - faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah, misalnya obesitas, minum alkohol</li> <li>4. Bantu pasien untuk mengembangkan</li> </ol>



		<p>jadwal yang sederhana, memudahkan untuk minum obat.</p> <p>5. Evaluasi kembali penjelasan yang disampaikan.</p>
--	--	--

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Dalam bab ini membahas hasil asuhan keperawatan gerontik dimulai dari tahapan pengkajian, analisa data, perumusan masalah keperawatan, intervensi, implementasi serta evaluasi yang dilaksanakan pada tanggal 22 Desember 2022 sampai 24 Desember 2022 di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan Gerontik**

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Tn. S berjenis kelamin laki-laki, berusia 66 tahun, bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa dan beragama Islam. Klien berstatus cerai mati, pendidikan terakhir SMA. Klien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama 3 tahun. Klien tidak memiliki sumber pendapatan, dahulu klien pernah bekerja di pelayaran.

##### **3.1.2 Riwayat Kesehatan**

Keluhan utama yang dirasakan Tn. S saat pengkajian ini adalah sulit tidur saat malam hari karena kepala merasa pusing dan nyeri. Tn. S mengatakan memiliki riwayat penyakit darah tinggi. Keluhan yang dirasakan Tn. S 3 bulan terakhir adalah nyeri pada kepala dan sulit untuk memulai tidur di malam hari. Untuk mengatasi keluhan susah tidur Tn. S mendengarkan murotal al-Qur'an untuk merilekskan badannya. Selama berada di UPTD Griya Wredha Jambangan Surabaya Tn. S mendapatkan obat amlodipine 1x8mg, asam mefenamat 1x1, Vit B complex 1x1. Tn. S tidak memiliki alergi makanan, minuman, dan obat-obatan.

### 3.1.3 Fungsi Fisiologi

Kondisi umum Tn. S dalam 3 bulan terakhir ini tidak mengalami penurunan berat badan, nafsu makan baik, ADL dengan mandiri tetapi masih terlihat sangat hati-hati saat berjalan dari kamar mandi ke tempat tidur, BB : 55, TB : 157 cm, IMT : 22,31 (ideal/normal), N : 94 x/mnt, RR : 20 x/mnt, TD : 140/90 mmhg. Tn. S mengalami sulit tidur pada saat malam hari dan sering terjaga dikarenakan kepala sering nyeri pada bagian belakang menjalar ke leher hingga tengkuk. Durasi tidur pada malam hari adalah pukul 01.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB, sedangkan durasi tidur siang Tn. S pukul 13.00 WIB sampai pukul 15.00 WIB

### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Integumen

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

#### 2. Hematopoetik

Pada Tn. S tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, dan tidak mengalami anemia

#### 3. Kepala

Kepala Tn. S bentuk simetris, bersih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek. Tn. S mengeluh sakit kepala. P = Hipertensi, Q = cunut-cunut, R = kepala bagian belakang hingga tengkuk, S = 5, T = Hilang timbul

#### 4. Mata

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

## 5. Telinga

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

## 6. Hidung

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

## 7. Mulut dan Kerongkongan

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

## 8. Leher

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

## 9. Pernapasan

Tidak ada batuk, tidak ada sesak napas, tidak ada retraksi dada, tidak terdapat suara napas tambahan ronchi dan weezhing.

## 10. Kardiovaskuler

Pada Tn. S bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak ada nyeri dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing, CRT <2 detik, Ictus cordis 4-5 mid clavicula

## 11. Gastrointestinal

Pada Tn. S bentuk perut normal, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat asites, bising usus 12 x/menit, tidak ada massa, tidak ada distensi abdomen, tidak ada perubahan nafsu makan, pola BAB teratur 2 hari sekali dengan konsistensi lembek.

12. Perkemihan

Pada Tn. S tidak ada nyeri saat berkemih, vesica urinaria teraba kosong, pola BAK 6-8 kali dalam sehari dengan warna kuning jernih.

13. Reproduksi/Genetalia

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

14. Muskuloskeletal

Klien tidak ditemukan fraktur. Klien memakai alat bantu jalan berupa tripod walker untuk membantu menyeimbangkan saat berjalan dan sangat berhati-hati saat berpindah dari toilet ke tempat tidur. Kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 3333/3333. Tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh snormal, rentang gerak normal, reflek Bisep +/+, reflek trisep +/+.

15. Persyarafan

Kesadaran Tn. S composmentis, GCS E4 V5 M6, pemeriksaan palpasi ditemukan CRT <2 detik, jari-jari dapat digerakkan, dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akril hangat.

Pengkajian nyeri :

P : Hipertensi

Q : cunut-cunut

R : bagian kepala menjalar ke leher dan tengkuk

S : 5

T : hilang timbul sejak 3 bulan lalu

Pengkajian 12 nervus pada Tn. S sebagai berikut :

1. N.I (*Olfactorius*) : Tn. S dapat mengidentifikasi bau (mencium bau minyak kayu putih.)
2. N.II (*Optikus*) : Tn. S dapat melihat dengan baik
3. N.III (*Okulomotorius*) : Tn. S pergerakan pupil simetris, pupil isokor  
+ / +
4. N.IV (*Trokleasris*) : Tn. S pergerakan mata baik, dapat menggerakkan pupil ke kanan dan kiri
5. N.V (*Trigeminus*) : Tn. S dapat membuka mulut dan mengunyah
6. N.VI (*Akusius*) : Tn. S pergerakan mata baik, dapat menggerakkan mata ke arah lateral
7. N.VII (*Fasialis*) : Tn. S dapat mengerutkan dahi dan tersenyum simetris
8. N.VIII (*vestibulocochlearis*) : Tn. S dapat menggerakkan suara jentikan jari
9. N.IX (*Glossofaringeal*) : uvula berada di tengah
10. N.X (*Vagus*) : Tn. S dapat menelan dengan baik
11. N.XI (*Aksesorius*) : Tn. S mampu menolehkan leher tanpa menggerakkan bahu
12. N.XII (*Hipoglosus*) : Tn. S berbicara normal dan dapat menjulurkan lidah

### **3.1.5 Pengkajian Psikososial dan Spiritual**

#### **1. Psikososial**

Hubungan Tn. S dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Tn. S mengatakan dia sangat bersyukur atas apa yang dimilikinya sekarang. Tn. S

mengatakan akan tetap menjalani hidup dengan baik dan memperbanyak ibadah serta menyerahkan semua kepada tuhan tentang takdir kematian. Tn. S mengatakan akrab dengan klien-klien yang lainnya tetapi hanya berbicara seperlunya saja.

## 2. Spiritual

Tn. S melaksanakan sholat 5 waktu, sholat dhuha, sholat tahajud, dan mengaji.

## 3. Aktivitas

Tn .S lebih suka berada di dalam kamar, jika bosan di kamar Tn. S akan berjalan-jalan keliling panti, duduk-duduk di depan teras, menonton TV.

### **3.1.6 Pengkajian Lingkungan**

#### 1. Pemukiman

Pemukiman UPTD Griya Wreda memiliki luas bangunan sekitar 2.887 m<sup>2</sup> 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. UPTD Griya Wreda memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di UPTD Griya Wreda menggunakan air PDAM dan membeli air minum galon. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dikelola dinas terkait. Tidak ditemukan binatang pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga.

2. Fasilitas

UPTD Griya Wreda tidak terdapat peternakan namun memiliki kolam ikan. Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 m<sup>2</sup>, 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.

### **3.1.7 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan**

1. Kemampuan ADL (*Activity Daily Living*)

Pemeriksaan ADL dengan menggunakan tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (*Indeks Barthel*) pada Tn. S didapatkan total skor 100 yang artinya Tn. S dapat melakukan ADL dengan mandiri tetapi saat berjalan masih terlihat hati-hati saat berpindah dari toilet ke tempat tidur karena takut terpeleset.

2. Aspek kognitif

Pemeriksaan dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental State Examination*) menunjukkan bahwa Tn. S dapat menjawab 6 pertanyaan dari beberapa pertanyaan pada aspek kognitif orientasi, aspek registrasi, aspek perhatian dan kalkulasi, aspek mengingat dan perintah pada aspek bahasa. Tn. S mendapatkan total nilai 30 dengan interpretasi tidak ada gangguan kognitif.



### 3. Tingkat kerusakan intelektual

Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questioner*) menunjukkan bahwa dari 10 pertanyaan Tn. S dapat menjawab 10 pertanyaan dengan benar yang artinya Tn.S memiliki intelektual yang utuh.

### 4. Pengkajian Tes Keseimbangan *Time Up Go Test*

Intepretasi hasil : Pada Tn. S didapatkan bahwa klien memiliki hasil penilaian 21 detik dengan kategori diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan.

### 3.1.8 Hasil Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Pemeriksaan penunjang jenis obat

Nama obat	Dosis	Rute	Waktu	Indikasi
Amlodipine	1x8mg	Oral	0-0-1	Obat yang digunakan untuk terapi menurunkan tekanan dara pada penderita hipertensi
Vit B complex	1x1	Oral	1-0-0	Vitamin tablet yang digunakan untuk membantu memenuhi kebutuhan vitamin B komplek di tubuh. Membantu menjaga kesehatan dan fungsi organ tubuh, seperti menjaga sistem pencernaan dan membantu perkembangan sel
Asam mefenamat	3x1	Oral	<i>jika ada keluhan nyeri saja</i>	Obat untuk meredakan nyeri dan memberi rasa nyaman, digunakan pada saat sakit gigi, sakit kepala.

### 3.1.9 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Tn. S makan 3x/hari dengan porsi habis. Tn. S minum  $\pm$  1800 cc/hari. Tn. S mengatakan sulit tidur saat malam, terkadang baru tertidur sekitar pukul 01.00 WIB dan selalu terbangun pada pukul 04.00 WIB dan mandi pukul 05.00 WIB dan tidur siang 13.00 WIB sampai pukul 15.00 WIB. Pola tidur klien dalam sehari hanya sekitar 5-6 jam saja. Hal itu dikarenakan Tn. S merasa nyeri kepala yang menjalar

sampai leher dan tengkuk. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur dan mendengarkan murothal Al-Qur'an. Frekuensi BAB Tn. S yaitu 2 hari sekali dengan konsistensi lembek. Frekuensi BAK sekitar 6-8 kali sehari. Tn.S mandi 2x sehari secara mandiri menggunakan sabun dan sikat gigi 2x sehari menggunakan pasta gigi. Setelah mandi memakai lotion, minyak kayu putih, dan ganti baju 2x sehari dan ADL dengan mandiri tetapi masih terlihat sangat hati-hati saat berpindah dari kamar mandi ke tempat tidur.

### 3.2 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa data asuhan keperawatan

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p><b>DS :</b> Tn. S mengatakan mengalami nyeri pada kepala bagian belakang menjalar ke leher hingga ke tengkuk dan keluhan semakin memberat sejak 3 bulan lalu  <b>P :</b> hipertensi  <b>Q :</b> cemet-cemet  <b>R :</b> kepala  <b>S :</b> 5  <b>T :</b> hilang timbul (selama 3 bulan terakhir)</p> <p><b>DO :</b> TTV            TD : 140/90 mmhg            RR : 20 x/mnt            N : 95 x/mnt            S : 36.5 C</p>	Penekanan saraf	Nyeri kronis (SDKI, D.0078, Hal : 174)
2.	<p><b>DS :</b> Tn. S mengatakan tidak cukup dan tidak puas saat tidur malam hari, sering sulit tidur di malam hari dikarenakan merasa pusing dan nyeri pada kepala sampai ke leher dan tengkuk, durasi tidur malam pukul 01.00 WIB sampai dengan pukul 04.00 WIB</p> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tn. S terlihat sering terjaga saat malam hari</li> <li>2. Tn. S dalam sehari tidur 5-6 jam</li> <li>3. Tn. S mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ol>	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur (SDKI, D.0055, Hal : 126)

3.	Faktor resiko Kekuatan otot menurun 5555 5555 3333 3333 Ketidakseimbangan dalam berjalan saat berpindah dari kamar mandi ke tempat tidur. TUG 21 detik dengan interpretasi hasil : diperkirakan akan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan	Faktor kekuatan otot menurun	Risiko jatuh (SDKI, D.0129, Hal: 282)
----	---	------------------------------	---------------------------------------

### 3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.3 Masalah keperawatan

No.	Masalah keperawatan	Ditemukan	Teratasi	Paraf
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf (SDKI, D.0078, Hal : 174)	22 Desember 2022	25 Desember 2022	<i>Shania</i>
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur (SDKI, D.0055, Hal : 126)	22 Desember 2022	25 Desember 2022	<i>Shania</i>
3.	Risiko jatuh (SDKI, D.0129, Hal: 282)	22 Desember 2022	25 Desember 2022	<i>Shania</i>

### 3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf (SDKI, D.0078, Hal : 174)	<p><b>Tingkat nyeri (SLKI, L.08066, Hal : 145)</b> Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Gelisah menurun</li> <li>3. Tekanan darah membaik</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri (SIKI, I.08238. Hal : 201)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>5. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>7. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian anti nyeri, <i>jika perlu</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengkajian nyeri membantu menentukan penanganan untuk mengurangi nyeri.</li> <li>2. Skala nyeri untuk mengetahui seberapa besar skala nyeri yang dirasakan.</li> <li>3. Pengalaman nyeri dapat membantu mengetahui adakah kualitas hidup yang terganggu</li> <li>4. pasien diajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>5. membantu mengurangi rasa nyeri</li> <li>6. agar pasien dapat mengurangi resiko penyebab terjadinya nyeri</li> <li>7. Pengalaman nyeri dapat membantu mengetahui adakah kualitas hidup yang terganggu</li> <li>8. jika diperlukan lakukan kolaborasi bersama tenaga kesehatan lainnya untuk pemberian analgetik</li> </ol>

2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur (SDKI, D.0055, Hal : 126)	<p><b>Pola tidur (SLKI, I.05045, Hal : 96)</b> Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesulitan tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas menurun</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>5. Kemampuan beraktivitas meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan tidur (SIKI, I.05174, Hal : 48)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Modifikasi lingkungan</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</li> <li>7. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengkajian pola aktivitas dan tidur membantu untuk menentukan intervensi yang akan dilakukan</li> <li>2. Pengkajian faktor untuk mengenali apa saja hal yang menjadi peganggu</li> <li>3. Untuk menciptakan lingkungan yang nyaman Ketika tidur</li> <li>4. Membantu untuk meningkatkan tidur yang lebih rutin dan terjadwal</li> <li>5. Agar merasakan kenyamanan saat istirahat dan tidur</li> <li>6. Untuk mengurangi pengaruh yang menyebabkan gangguan pola tidur</li> <li>7. Memberikan suasana yang rileks dan santai</li> </ol>
3.	Risiko jatuh (SDKI, D.0129, Hal: 282)	<p><b>Ambulasi (SLKI, L.05038, Hal : 16)</b> Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ambulasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menopang berat badan meningkat</li> <li>2. Berjalan dengan langkah yang efektif meningkat</li> </ol>	<p><b>Pencegahan jatuh (SIKI, I.14540, Hal : 279)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>4. Gunakan alat bantu berjalan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui apa saja yang beresiko menyebabkan klien jatuh</li> <li>2. Mengurangi pengaruh yang menyebabkan faktor resiko jatuh yang disebabkan oleh lingkungan</li> <li>3. Memudahkan klien untuk berpindah dari tempat tidur</li> <li>4. Mengurangi resiko jatuh dengan menggunakan (tripot walker)</li> </ol>

		3. Berjalan dengan langkah pelan meningkat 4. Berjalan dengan langkah sedang meningkat 5. Berjalan dengan langkah cepat meningkat	<b>Edukasi</b> 5. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 6. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	5. Mengurangi resiko jatuh yang disebabkan akibat terpeleket karena alas kaki licin 6. Untuk mengurangi adanya resiko jatuh ketika beraktivitas
--	--	---	---	--

### 3.5 Implementasi Dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Implementasi dan catatan perkembangan asuhan keperawatan

No.	Tgl dan Jam	No. Dx	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl dan Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	22/12/2022 08.00 08.10 08.20 09.00 11.30	1,2,3 1,2,3 1 1 1 1,2	1. Melakukan BHSP dengan klien 2. Memantau TTV : TD: 140/90 mmHg, RR: 20 x/mnt, N: 92 x/mnt, S: 36,3°C 3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 4. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri klien 5 (1-10)) 5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mengajarkan klien relaksasi napas dalam)	<i>shania</i>	22/12/2022 14.00 WIB	<b>Dx 1 :</b> S : Tn .S mengatakan masih terasa nyeri di bagian kepala belakang menjalar ke leher hingga tengkuk P : Hipertensi Q : cenerut-cenerut R : kepala S : 4 T : hilang timbul O : Hasil TTV TD : 140/90 mmhg	<i>shania</i>

	11.40	1	6. Memfasilitasi istirahat dan tidur (memfasilitasi tempat tidur nyaman mungkin)			RR : 20 x/mnt N : 95 x/mnt S : 36,5 C	
	12.00	2	7. Berkolaborasi pemberian anti nyeri (asam mefenamat jika nyeri 3x1 dan amlodipine 1x1 dengan dosis 0-0-1 )			A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan	
	12.30	2	8. mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur				
		2	9. mengidentifikasi faktor pengganggu tidur				
	12.40	2	10. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (sebelum tidur menganjurkan klien untuk mendengarkan murothal Al-Qur'an)			<b>Dx 2 :</b> S : Tn. S mengatakan masih belum bisa untuk memulai tidur di jam 22.00 WIB dan mengatakan masih terjaga saat malam hari O : Tn. S tidur sekitar 5-6 jam sehari A : masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5,6,7, dilanjutkan	
	13.00	2	11. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (menyiapkan lingkungan tempat tidur yang nyaman mungkin)				
			12. Mengajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya (membantu klien untuk mendapatkan kenyamanan)				
	13.10	2	13. Menggunakan alat bantu berjalan (tripot walker untuk membantu klien berjalan dan membantu keseimbangan tubuh agar tetap terjaga karena tempat tidur klien dekat dengan kamar mandi)			<b>Dx 3 :</b> S : Tn. S mengatakan masih belum seimbang saat berjalan Ketika dari kamar mandi ketempat tidur dan takut jatuh	
	13.30	3	14. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin (klien menggunakan sandal anti selip agar tidak licin)				



						O : saat berjalan terlihat sangat hati-hati A : masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan	
2.	23/12/2022 08.00 08.10 08.20 08.30 10.00 10.20 10.30 10.40 11.00	1,2,3 1 1 1 1,2 1 2 2 2	1. Memantau TTV : TD: 150/90 mmHg, RR: 20 x/mnt, N: 92 x/mnt, S: 36,3°C 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 3. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri klien 4 (1-10)) 4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mengajarkan klien relaksasi napas dalam) 5. Memfasilitasi istirahat dan tidur (memfasilitasi tempat tidur nyaman mungkin) 6. Berkolaborasi pemberian anti nyeri (asam mefenamat 3x1 dimunim jika nyeri dan amlodipine 1x1 dengan dosis 0-0-1) 7. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (sebelum tidur menganjurkan klien untuk mendengarkan murothal Al-Qur'an) 8. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur 9. mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, 10. menetapkan jadwal rutin tidur,	<i>shania</i>	23/12/2022 14.00 WIB	<b>Dx 1 :</b> S : Tn .S mengatakan masih terasa nyeri di bagian kepala belakang tetapi masih bisa dikendalikan dengan meminum obat (asam mefenamat dan amlodipine) P : Hipertensi Q : cunut-cunut R : kepala S : 3 T : hilang timbul O : Hasil TTV TD : 150/90 mmhg RR : 20 x/mnt N : 95 x/mnt S : 36,5 C A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi 2,4,7,8 dilanjutkan	<i>shania</i>

	11.10 11.20 11.30 11.50 12.15 12.30	2 2 2 3 3 3	11.melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, 12.Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (menyiapkan lingkungan tempat tidur yang nyaman mungkin) 13.Mengajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya (membantu klien untuk mendapatkan kenyamanan) 14.Menggunakan alat bantu berjalan (tripot walker untuk membantu klien berjalan dan membantu keseimbangan tubuh agar tetap terjaga karena tempat tidur klien dekat dengan kamar mandi) 15.Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin (klien menggunakan sandal anti selip agar tidak licin)			<b>Dx 2 :</b> S : Tn. S mengatakan tidurnya sudah nyenyak saat di malam hari meskipun masih sering terbangun O : Tn. S saat bangun tidur terlihat bugar dan pola tidur sedikit membaik A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi 4,6,7 dilanjutkan  <b>Dx 3 :</b> S : Tn. S mengatakan sudah memakai alas kaki anti selip meskipun masih berhati-hati untuk berjalan dari kamar mandi ke tempat tidur dan aktifitas berjalan di sekitar lingkungan sudah membaik terkadang tidak memakai bantuan tripot walker O : saat berjalan masih terlihat sangat hati-hati A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi 2,4,6 dilanjutkan	
3.	24/12/2022 08.00 08.00	1,2,3 1	1. Memantau TTV : TD: 140/90 mmHg, RR: 20 x/mnt, N: 92 x/mnt, S: 36,3°C 2. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri klien 3 (1-10))	<i>shania</i>	24/12/2022 14.00 WIB	<b>Dx 1 :</b> S : Tn .S mengatakan masih terasa nyeri di bagian kepala tetapi masih	<i>shania</i>

	08.30	1	3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mengajarkan klien relaksasi napas dalam)			bisa dikendalikan dengan minum obat (asam mefenamat dan amlodipine)
	11.00	1,2	4. Memfasilitasi istirahat dan tidur (memfasilitasi tempat tidur nyaman mungkin)			P : Hipertensi
	11.30	2	5. Berkolaborasi pemberian anti nyeri (asam mefenamat 3x1 dan amlodipine 1x1)			Q : cunut-cunut
	12.00	2	6. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (sebelum tidur menganjurkan klien untuk mendengarkan murothal Al-Qur'an)			R : kepala
	12.10	2	7. Mengajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya (membantu klien untuk mendapatkan kenyamanan)			S : 2
	12.20	3	8. Menggunakan alat bantu berjalan (tripot walker untuk membantu klien berjalan dan membantu keseimbangan tubuh agar tetap terjaga karena tempat tidur klien dekat dengan kamar mandi)			T : hilang timbul
	12.30	3	9. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin (klien menggunakan sandal anti selip agar tidak licin)			O : Hasil TTV
						TD : 140/90 mmhg
						RR : 20 x/mnt
						N : 95 x/mnt
						S : 36,5 C
						A : masalah teratasi sebagian
						P : Intervensi 2,4,7,8 dilanjutkan
						<b>Dx 2 :</b>
						S : Tn. S mengatakan tidurnya sudah nyenyak saat di malam
						O : Tn. S saat bangun tidur terlihat bugar dan pola tidur sedikit membaik
						A : masalah teratasi
						P : Intervensi dihentikan

						<p><b>Dx 3 :</b> S : Tn. S mengatakan sudah bisa lebih berhati-hati saat berjalan dan terkadang tidak menggunakan tripod walker O : saat berjalan masih terlihat sangat hati-hati dalam menjaga keseimbangannya A : masalah teratasi P : Intervensi di hentikan</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Bab 4 ini akan membahas mengenai Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Diagnosis Medis Hipertensi Dan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 22-24 Desember 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Data pengkajian pada Tn. S didapatkan dengan melakukan anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

##### **4.1.1 Identitas**

Data pengkajian yang didapatkan adalah Tn. S berusia 66 tahun. Berdasarkan data tinjauan pustaka lansia hipertensi yaitu sering menyerang pada usia 50-65 tahun (Made, 2017). Hasil Riskesdas 2018 prevalensi terus menjadi bertambah ada bertambahnya usia dan pada tahun 2018 Indonesia mengalami kenaikan pada khusus hipertensi yaitu sejumlah 34,11%. Kesehatan pada lansia khususnya hipertensi menunjukkan terdapat 45,3 % orang usia 45-54 tahun menderita hipertensi, 63,2% orang usia 65-74 tahun dan 69,5% orang usia 75 tahun keatas menderita hipertensi, sedangkan di Jawa timur, pada 2018 terdapat 2.005.393 kasus hipertensi yang dilayani di Puskesmas Kemetrian Kesehatan RI, 2021 (Kemertian Kesehatan RI, 2021).

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan, karena semakin bertambahnya usia berpotensi terkena hipertensi. Hipertensi terjadi juga karena faktor usia yang menyebabkan pembuluh arteri besar dan aorta menjadi kurang elastis lagi.

#### **4.1.2 Riwayat Kesehatan**

Keluhan yang dirasakan oleh klien dengan hipertensi adalah mengeluh nyeri kepala bagian belakang menjalar ke leher dan tengkuk. Pada tinjauan kasus didapatkan pemeriksaan pasien mengatakan nyeri pada kepala belakang dan menjalar leher hingga tengkuk, nyeri yang dirasakan seperti cunut-cunut dan hilang timbul dengan skala nyeri 5. Keluhan utama yang dirasakan Tn. S adalah sulit tidur saat malam hari karena merasa pusing dan sering terbangun saat tidur malam.

Sakit kepala akibat tekanan darah tinggi menyebabkan sakit kepala yang luar biasa. Seluruh kepala seperti dicengkeram yang dapat menyebar ke leher dan bahu (Akbar et al, 2020). Hal ini disebabkan karena kurangnya aliran darah yang mengandung oksigen ke otak. (Nahak, 2019) menjelaskan bahwa hipertensi pada lansia dapat dimulai dari atherosclerosis yang menyebabkan gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang berlanjut dengan kekakuan pembuluh darah, kekakuan pembuluh darah ini disertai dengan penyempitan karena adanya penumpukan plak yang menghambat gangguan fungsi peredaran darah perifer. Gejala umum yang ditimbulkan pada orang yang menderita hipertensi tidak sama pada setiap orangnya, terkadang timbul tanpa gejala (Aspiani, 2015). Penderita hipertensi tidak ada gejala diawal, jika ada biasanya ringan dan tidak spesifik seperti pusing, tenguk terasa pegal, dan sakit kepala, gejala yang dirasakan oleh penderita hipertensi yang sudah berlangsung lama dan tida diobati maka akan

timbul gejala antara lain: sakit kepala, pandangan mata kabur, sesak napas dan terengah-engah, pembengkakan pada ekstremitas bawah, denyut jantung kuat dan cepat (Pratiwi & Mumpuni, 2017)

Tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan. Peningkatan tekanan darah salah satunya akan menyebabkan pusing atau sakit kepala (nyeri pada kepala), sehingga dapat mempengaruhi aktivitas. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Fajarnia, 2021) bahwa seseorang yang mengalami sakit memerlukan waktu tidur lebih banyak dari normal, namun keadaan sakit juga dapat menjadikan klien kurang tidur bahkan tidak dapat tidur misalnya pada pasien dengan hipertensi, gangguan pernapasan seperti asma, bronchitis, dan penyakit persyarafan. Permasalahan kesehatan pada lansia juga disebabkan oleh proses menua yang mengakibatkan perubahan secara fisik, psikologis, mental, sosial maupun spiritual dan mendapat menyebabkan gangguan pola tidur, serta dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia.

#### **4.1.3 Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang dapat dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Tn. S. Pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan pemeriksaan *Head to Toe* yaitu sebagai berikut :

##### **1. Sistem pernapasan**

Pada tinjauan Pustaka didapatkan data tidak ada batuk, tidak ada sesak napas, tidak ada retraksi dada, tidak terdapat suara napas tambahan ronchi dan weezhing.

2. Sistem kardiovaskular

Pada tinjauan kasus didapatkan hasil tekanan darah Tn. S adalah 140/90 mmHg. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan.

3. Sistem Persyarafan

Pada tinjauan kasus didapatkan data pasien mengatakan nyeri pada kepala belakang menjalar hingga leher dan tengkuk, rasanya cunut-cunut dengan skala 5 dan waktunya hilang timbul. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terjadi kesenjangan.

4. Sistem perkemihan

Pada tinjauan kasus didapatkan data pada sistem perkemihan klien mengatakan BAK 6-8 kali sehari. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak mengalami kesenjangan.

5. Sistem Pencernaan

Pada tinjauan kasus didapatkan data Tn. S suka mengonsumsi makanan yang asin dan gurih. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan.

6. Sistem musculoskeletal

Pada tinjauan kasus didapatkan Tn. S tidak ditemukan fraktur, Tn. S memakai alat bantu jalan tripod walker untuk membantu menyeimbangkan saat berjalan berpindah dari kamar mandi ke tempat tidur, Tn. S merasa nyeri cunut-cunut hilang timbul dibagian kepala belakang menjalar hingga tengkuk dan leher dengan skala 5. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak mengalami kesenjangan.



## 4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan yang muncul pada tanggal 22 Desember 2022 pada Tn. S dengan didapatkan data subjektif dan objektif yang sesuai dengan 3 diagnosa berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), sebagai berikut :

1. Nyeri Kronis b.d Penekanan Syaraf (SDKI D.0078, Hal 174)

Pengkajian data yang diambil dari diagnosa tersebut adalah keluhan nyeri pada kepala bagian belakang yang menjalar ke leher dan tengkuk. Hasil pengkajian P = hipertensi, Q = cemet-cemet, R = kepala belakang menjalar ke leher hingga tengkuk, S = 5, T = hilang timbul selama 3 bulan terakhir. Pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD: 140/90 mmHg, N: 95x/mnt, RR: 20x/mnt, S: 36,5°C.

Nyeri akut merupakan Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan, yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersifat protektif, gelisah frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Disertai dengan tanda dan gejala minor meliputi : TD meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis (SDKI DPP PPNI, 2016)

2. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (SDKI, D.0055. Hal 126)

Pengkajian yang dilakukan pada diagnosa ini didapatkan data Tn. S mengatakan selalu sulit untuk memulai tidur, tidur malam diatas jam 22.00 dan sering terbangun saat malam hari. Tn. S dalam sehari Tn. S hanya tidur 5-6 jam saja.

Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Tanda dan gejala mayor gangguan pola tidur adalah, mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah dan mengeluh istirahat tidak cukup. Tanda dan gejala minor adalah mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (SDKI DPP PPNI, 2016)

3. Risiko Jatuh d.d Faktor Resiko Kekuatan Otot Menurun (SDKI, D.0129, Hal 282)

Pada pengkajian diagnosa ini didapatkan hasil Tn. S tidak ditemukan fraktur. Tn. S memakai alat bantu jalan berupa tripod walker untuk membantu menyeimbangkan saat berjalan dan berpindah tempat dari kamar mandi ke tempat tidur. Kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 3333/3333. Tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh normal, rentang gerak normal, reflek bisep +/+, reflek trisep +/+.

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Faktor resiko dari diagnosa resiko jatuh adalah, usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak), riwayat jatuh, anggota gerak bawah prostesis (buatan), penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing), kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus), neuropati, efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum) (SDKI DPP PPNI, 2016).

### 4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul dari setiap diagnosa keperawatan yang muncul dan memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang telah diberikan kepada klien.

1. Nyeri Kronis b.d Penekanan Syaraf (SDKI D.0078, Hal 174)

Tujuan yang ingin dicapai dalam intervensi ini adalah setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, gelisah menurun,tekanan darah membaik, kesulitan tidur menurun. (SLKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut menggunakan metode manajemen nyeri dengan rencana keperawatan sebagai berikut, Observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri; identifikasi skala nyeri; iIdentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup; Terapeutik : berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur; Edukasi : jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri,ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri: Kolaborasi: kolaborasi pemberian anti nyeri, *jika perlu* (SIKI DPP PPNI, 2018)

2. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (SDKI, D.0055. Hal 126)

Tujuan yang ingin dicapai dalam intervensi ini adalah setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : kesulitan tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, kemampuan beraktivitas meningkat (SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut menggunakan metode dukungan tidur dengan rencana keperawatan sebagai berikut : Observasi : identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur; Terapeutik : modifikasi lingkungan, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan; Edukasi : ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya (SIKI DPP PPNI, 2018).

3. Risiko Jatuh b.d Faktor Resiko Kekuatan Otot Menurun (SDKI, D.0129, Hal 282)

Tujuan yang ingin dicapai dalam intervensi ini adalah setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ambulasi meningkat dengan kriteria hasil : menopang berat badan meningkat, berjalan dengan langkah yang efektif meningkat, berjalan dengan langkah pelan meningkat, berjalan dengan langkah sedang meningkat, berjalan dengan langkah cepat meningkat (SLKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut menggunakan metode pencegahan jatuh dengan rencana keperawatan sebagai berikut : Observasi : identifikasi faktor resiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh; Terapeutik : atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, gunakan alat bantu berjalan; Edukasi : anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh (SIKI DPP PPNI, 2018).

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

1. Nyeri Kronis b.d Penekanan Syaraf (SDKI D.0078, Hal 174)

Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri; mengidentifikasi skala nyeri; memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mengajarkan relaksasi nafas dalam), memfasilitasi istirahat dan tidur (menyiapkan tempat tidur senyaman mungkin); berkolaborasi pemberian anti nyeri (asam mefenamat 3x1 dan amlodipine 1x8 mg dengan dosis 0-0-1).

2. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (SDKI, D.0055. Hal 126)

Mengidentifikasi pola aktivitas tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, menetapkan jadwal rutin tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, mengajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.

3. Risiko Jatuh b.d Faktor Resiko Kekuatan Otot Menurun (SDKI, D.0129, Hal 282)

Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, menggunakan alat bantu berjalan , berjalan (tripot walker untuk membantu klien berjalan dan membantu keseimbangan tubuh agar tetap terjaga karena tempat tidur klien dekat dengan kamar mandi dan resiko terjadi lantai selalu basah), menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin menggunakan sandal anti selip agar tidak licin), menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

#### 4.5 Evaluasi Keperawatan

##### 1. Nyeri Kronis b.d Penekanan Syaraf (SDKI D.0078, Hal 174)

Evaluasi pada pemberian intervensi manajemen nyeri pada hari ke-1 didapatkan hasil masalah belum teratasi dengan data Tn .S masih mengeluh nyeri. P = hipertensi, Q = cemet-cemet, R = kepala belakang menjalar ke leher hingga tengkuk, S = 5, T = hilang timbul selama 3 bulan terakhir. Pemeriksaan TTV didapatkan hasil : TD : 140/90 mmHg, RR : 20 x/mnt, N : 95 x/mnt, S : 36,5 C.

Evaluasi pada hari ke-2 didapatkan hasil bahwa masalah teratasi sebagian dengan data yang didapat adalah Tn. S masih merasakan nyeri. kepala bagian belakang tetapi masih bisa di kendalikan dengan meminum obat (asam mefenamat dan amlodipine 1x8mg dengan dosis 0-0-1), P = hipertensi, Q = cemet-cemet, R = kepala belakang menjalar ke leher hingga tengkuk, S = 4, T = hilang timbul. Pemeriksaan TTV didapatkan hasil : TD : 150/90 mmHg, RR : 20 x/mnt, N : 95 x/mnt, S : 36,5 C.

Evaluasi pada hari ke-3 didapatkan hasil bahwa masalah masih teratasi sebagian dengan data yang didapat adalah Tn .S masih merasa nyeri di bagian kepala tetapi masih bisa dikendalikan dengan meminum obat (asam mefenamat dan amlodipine 1x8mg dengan dosis 0-0-1). P = hipertensi, Q = cemet-cemet, R = kepala belakang menjalar ke leher hingga tengkuk, S =3, T = hilang timbul Pemeriksaan TTV didapatkan hasil : TD : 140/90 mmHg, RR : 20 x/mnt, N : 95 x/mnt, S : 36,5 C.

##### 2. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (SDKI, D.0055. Hal 126)

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan tidur pada hari ke-1 didapatkan hasil masalah belum teratasi dengan data Tn.S mengatakan masih belum

bisa untuk memulai tidur di jam 22.00 WIB dan mengatakan masih terjaga saat malam hari. Tn. S sekitar 5-6 jam sehari.

Evaluasi pada hari ke-2 didapatkan hasil bahwa masalah teratasi sebagian dengan data yang didapat adalah Tn. S mengatakan tidurnya sudah nyenyak saat di malam hari meskipun sesekali masih sering terbangun dan Tn. S saat bangun tidur terlihat bugar dan pola tidur sedikit membaik.

Masalah teratasi pada hari ke-3 karena tercapainya tujuan intervensi sebagai berikut, Tn. S mengatakan tidurnya sudah nyenyak saat di malam Tn. S saat bangun tidur terlihat bugar dan ceria. Pola tidur sedikit membaik hanya terbangun saat ingin BAK tidur malam pukul 21.00 sampai pukul 04.00.

3. Risiko Jatuh b.d Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun (SDKI, D.0129, Hal 282)

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan tidur pada hari ke-1 didapatkan hasil masalah belum teratasi dengan data Tn.S mengatakan masih belum seimbang saat berjalan ketika dari kamar mandi ketempat tidur dan takut jatuh dan terpeleset, saat berjalan terlihat sangat hati-hati terkadang masih menggunakan tripod walker untuk membantu menjaga keseimbangannya saat berjalan.

Evaluasi pada hari ke-2 didapatkan hasil bahwa masalah teratasi sebagian dengan data yang didapat adalah Tn. S mengatakan sudah memakai alas kaki anti selip meskipun masih berhati-hati untuk berjalan dari kamar mandi ke tempat tidur dan aktifitas berjalan di sekitar lingkungan sudah membaik terkadang tidak memakai bantuan tripod walker tetapi masih terlihat sangat hati-hati karena takut terpeleset.

Masalah teratasi pada hari ke-3 karena tercapainya tujuan intervensi sebagai berikut, Tn. S mengatakan sudah bisa lebih berhati-hati saat berjalan dan terkadang tidak menggunakan tripod walker karena sudah memakai alas kaki anti selip, saat berjalan masih terlihat sangat hati-hati dalam menjaga keseimbangannya.



## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan keperawatan gerontik pada Tn.S dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan gangguan pola tidur di ruang melati UPTD Griya wreda jambangan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Hipertensi.

#### **5.1 Simpulan**

1. Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri pada kepala belakang yang menjalar sampai ke leher dan tengkuk, nyerinya cenut-cenut dan hilang timbul dengan skala 5. Didapatkan hasil TTV: TD: 140/90 mmHg, RR: 20 x/mnt, N: 95 x/mnt, S: 36,5°C.
2. Berdasarkan analisa data didapatkan diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu nyeri kronis berhubungan dengan penekanan syaraf, gangguan pola tidur berhubungan dengan kontrol tidur, dan resiko jatuh berhubungan dengan faktor resiko kekuatan otot menurun.
3. Perencanaan keperawatan pada Tn. S disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama tingkat nyeri menurun,, pola tidur yang membaik, ambulasi meningkat.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan adalah manajemen nyeri, dukungan tidur, edukasi kesehatan, monitor tanda-tanda vital, melakukan kolaborasi dalam pemberian obat anti hipertensi.

5. Hasil evaluasi pada tanggal 24 Desember 2022, Tn. S mengatakan nyeri pada kepala sudah berkurang dan skala nyeri turun menjadi 3, Tn. S mampu lebih berhati-hati dalam melakukan aktivitas, pola tidur pasien membaik menjadi 7-8 jam dalam sehari.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan dari simpulan di atas penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. **Bagi Lahan Praktik**

Sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai pertimbangan untuk waktu yang akan datang dan sebagai tambahan informasi kepustakaan dalam ilmu keperawatan.

2. **Bagi Lansia**

Diharapkan lansia mampu mencari jalan keluar atas masalah yang dihadapi, mampu mengontrol nyeri, meminta bantuan kepada perawat jika tidak dapat melakukan aktivitas sendiri dan menerapkan teknik relaksasi napas dalam dan pijatan untuk mengatasi nyeri, agar lansia memiliki kualitas tidur lebih baik.

3. **Bagi Perawat**

Sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien lansia dengan Hipertensi

#### 4. Bagi Penulis

Penulis harus mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien, terutama pasien lansia dengan Hipertensi. Penulis juga harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lebih baik lagi pada saat pengkajian, tindakan dan evaluasi agar terjalin kerjasama yang baik guna mempercepat kesembuhan pasien

## DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, S. R. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik* (1st ed.). Yogyakarta: Deepublish.
- Fajarnia, P. A. H. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Gangguan Pola Tidur Pada Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa Gedangklutuk Beji. Journal of Health Sciences*, POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA SIDOARJO.
- Herawati, D. A. (2021). *Asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi pada ny. m di desa arcawinangun purwokerto timur*. 1–71.
- Herdiani, N., Ibad, M., & Wikurendra, E. A. (2021). Pengaruh Aktivitas Fisik Dan Obesitas Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Klampis Ngasem Kota Surabaya. *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 114. <https://doi.org/10.31602/ann.v8i2.5561>
- Herdiani, N., Wijaya, S., & Arieska, P. K. (2020). Sosialisasi Penerapan Senam Ansi ( Anti Hipertensi ) Sebagai Upaya Pencegahan Dan. *Prosiding SEMADIF*, 1, 568–574. <http://semadif.flipmas-legowo.org/index.php/semadif/article/view/70>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018) *NANDA Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. (11<sup>th</sup> ed). Jakarta: EGC.
- Hidayat *et al.*, 2021. Faktor Risiko Hipertensi Pada Masyarakat Di Desa Pulau Jambu UPTD Blud Kecamatan Kuok Kabupaten Kampar. *JURNAL NERS Research & Learning in Nursing Science*. 5(23), 8–19.
- Kemertian Kesehatan RI. (2021). *KONTEN MEDIA HLUN 2021 “Bersama Lansia Keluarga Bahagia.”* <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/info-terkini/Konten-Media-HLUN-2021.pdf>
- Misa, A., Wijayanti, E. T., & Mudzakkir, M. (2021). Penerapan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri kepala pada pasien hipertensi (studi literatur) application of deep breath relaxation to reduce headaches in hypertensive patients (literature study). 130–140.
- SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). *Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia*
- SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). *Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia*
- SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). *Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia*
- Siska, D. (2022). Asuhan Keperawatan Gerontik Pada NY. W Dengan Pemberian Rebusan Daun Cincau Hijau Untuk Menurunkan Tekanan Darah Di Wilayah Kerja Puskemas Sei. Pancur Kota Batam Tahun 2021. *Zahra: Journal of*

*Health and Medical Research*, 2(1), 33–41.  
<https://adisampublisher.org/index.php/aisha/article/view/85>

Sumaryati, M. (2018). Studi Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Keluarga Ny”M” Dengan Hipertensi Dikelurahan Barombong Kecamatan Tamalate Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 6(2), 6–10.  
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v6i2.54>

Putra, R. R., Yanti, S. V., Program, M., Ners, S., Keperawatan, F., Kuala, U. S., & Aceh, B. (2022). *Studi Kasus . JIM FKep Volume 1 Nomor 1 Tahun 2022 ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI : SUATU STUDI KASUS Nursing Care in The Elderly with Hypertension : A Case Study*. 1, 175–183.

*Lampiran 1***CURRICULUM VITAE**

Nama : Shania Kartika Dewi Malhendo  
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 17 Mei 2000  
Alamat : Jl. Banjarsugihan 2/6 RT. 03 RW. 04, Tandes,  
Surabaya  
No. Hp : 088805664673  
Email : shaniakartika63@gmail.com

## Riwayat Pendidikan :

1. TK Al-Amin, Surabaya – Lulus Tahun 2006
2. SDN Banjarsugihan III, Surabaya – Lulus Tahun 2012
3. SMP Dorowati, Surabaya – Lulus Tahun 2015
4. SMK Al-Irsyad, Surabaya – Lulus Tahun 2018
5. S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah, Surabaya – Lulus Tahun 2022

*Lampiran 2***MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

Motto :

*“sesungguhnya sesudah kesulitan pasti ada kemudahan”*

*(Al-insyirah : 5)*

Persembahan :

Allhamduliilahirabbilallamin Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, kemudahan, dan kelancaran kepada saya sehingga saya mampu menyelesaikan tugas dan tanggungjawab saya dalam mengerjakan karya ilmiah akhir dengan waktu yang tepat, saya persembahkan ini kepada :

1. Dosen-dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Mama dan Papa yang tidak pernah berhenti mendoakan dan memberikan dukungan serta motivasi sehingga saya dapat menjalankan kuliah dengan baik.
3. Teman-teman Mobile Legends saya Avv, Can I Say, Nyiss, Sebaya, dan Spoutify yang telah menghibur dan bermain bersama saat saya merasa bosan mengerjakan karya ilmiah akhir saya.
4. Teman-teman satu kelompok Avifah, Henri, Dinda yang saling bertukar pendapat dan saling memotivasi dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir.
5. Teman-teman terbaik di prodi pendidikan profesi ners terima kasih atas dukungan dan semangatnya.

Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terima kasih selalu mendoakan yang terbaik, membantu dalam setiap perjalanan hidupku. Semoga allah melindungi dan membalas kebaikan kalian semua. Aamiin.

## Lampiran 3

**Kemampuan ADL (*Activity Daily Living*)**

No.	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
11.	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	5
12.	Mandi	0	5	5
13.	Makan	5	10	10
14.	Toilet (aktivitas BAB & BAK)	5	10	10
15.	Naik/turun tangga	5	10	10
16.	Berpakaian	5	10	10
17.	Kontrol BAB	5	10	10
18.	Kontrol BAK	5	10	10
19.	Ambulasi	10	15	15
20.	Transfer kursi/bed	5-10	15	15

Interpretasi :

0 – 20 : ketergantungan penuh

21 – 61 : ketergantungan berat

62 – 90 : ketergantungan sedang

91 – 99 : ketergantungan ringan

100 : mandiri


Interpretasi hasil : didapatkan total skor 100 yang artinya dapat melakukan ADL dengan mandiri.



## Lampiran 4

## Aspek kognitif

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
7.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : Tahun : 2022 Hari : kamis Musim : hujan Bulan : desember Tanggal : 22
8.	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada ? Negara : indonesia Panti : wreda jambangan Propinsi: jawa timur Kabupaten/kota : Surabaya
9.	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2). Meja 3). Kertas
10.	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
11.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
12.	Bahasa	9	9	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut). 4. Kursi 5. Lemari 6. Minta klien untuk mengulangi kata berikut : (" tidak ada, dan, jika, atau tetapi") Klien menjawab : " tidak ada, dan, jika, atau tetapi" Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. 1. Ambil kertas ditangan anda 2. Lipat dua 3. Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 1. "Tutup mata anda"

				2. Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 3. Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk 
Total nilai		30	30	

Interpretasi :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 – 17 : gangguan kognitif berat

Interpretasi hasil : dapat menjawab 6 point dari beberapa pertanyaan pada aspek kognitif orientasi, pertanyaan aspek registrasi, pertanyaan pada aspek perhatian dan kalkulasi, pertanyaan pada aspek mengingat dan pada aspek bahasa. Total nilai 30 dengan interpretasi tidak ada gangguan kognitif.

## Lampiran 5

**Tingkat kerusakan intelektual**

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

Interpretasi : berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah = 0,

Salah 0 – 3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : fungsi intelektual kerusakan berat

Interpretasi hasil : didapatkan dapat menjawab 10 pertanyaan dengan benar yang memiliki intelektual yang utuh.

*Lampiran 6***Pengkajian Tes Keseimbangan *Time Up Go Test***

No.	Tanggal pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1.	22 Desember 2022	Tn.S hanya bisa mengangkat satu kaki selama 2 detik
2.	23 Desember 2022	Tn.S berpindah jalan kaki dari tempat tidur ke pintu 11 detik
3.	24 Desember 2022	Tn.S berpindah jalan kaki dari kamar mandi ke tempat tidur 8 detik
Rata-rata Waktu TUG		21 Detik

Interpretasi :

>13,5 detik : resiko tinggi jatuh

>24 detik : diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan

>30 detik : diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

Interpretasi hasil : resiko tinggi jatuh

## Lampiran 7

**Pengkajian fungsi sosial lansia APGAR keluarga**

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

## Interpretasi :

&lt;3 : disfungsi berat

4 – 6 : disfungsi sedang

&gt;6 : fungsi baik

Interpretasi hasil : 10 yang artinya adalah memiliki fungsi sosial lansia yang baik

## Lampiran 8

## Pengkajian Depresi

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

Interpretasi : jika diperoleh 5 atau lebih di indikasikan depresi

Interpretasi hasil : didapatkan hasil penilaian 4 yang artinya tidak dalam kategori depresi

## POSTER EDUKASI



# RELAKSASI NAFAS DALAM

**+**



**1 Memposisikan badan senyaman mungkin**  
agar lebih rileks dan tanpa beban fisik

**+**

**Tarik nafas sedalam-dalamnya**  
tarik nafas sedalam-dalamnya melalui hidung hingga rongga paru-paru terisi penuh dan menahan napas 4 - 5 detik



**2**

**+**



**3 Hembuskan nafas secara perlahan**  
hembuskan napas secara perlahan melalui mulut, pada waktu yang bersamaan pusatkan perhatian pada sensasi rileks yang dirasakan. lakukan sebanyak 5-10 sampai merasakan rileks

**+**

**Melakukan kembali**  
Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri dan instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apa bila rasa nyeri kembali lagi.



**4**

 SHITSBY
  Stikes Hang Tuah Surabaya
  @stikes.hangtuahsby
  [www.stikeshangtuah-sby.ac.id](http://www.stikeshangtuah-sby.ac.id)