

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. M DENGAN  
DIAGNOSIS MEDIS HIPERTENSI DAN MASALAH  
KEPERAWATAN NYERI KRONIS DI RUANG  
TERATAI UPTD GRIYA WREDA  
JAMBANGAN SURABAYA**



Disusun Oleh :

**DINDA AINIYYA FEBRIYANI, S. Kep**  
**NIM. 2230032**

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

**2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. M DENGAN  
DIAGNOSIS MEDIS HIPERTENSI DAN MASALAH  
KEPERAWATAN NYERI KRONIS DI RUANG  
TERATAI UPTD GRIYA WREDA  
JAMBANGAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar Ners**



Disusun Oleh :

**DINDA AINIYYA FEBRIYANI, S. Kep**  
**NIM. 2230032**

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

**2023**

## **HALAMAN PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dinda Ainiyya Febriyani, S. Kep  
Nim : 2230032  
Tanggal Lahir : 15 Februari 2000  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. M Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Dan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Ruang Teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya menyatakan dengan benar.

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 semestinya.

**Surabaya, 31 Januari 2023**

**Dinda Ainiyya Febriyani, S. Kep**  
**NIM. 2230032**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Dinda Ainiyya Febriyani, S. Kep  
NIM : 2230032  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. M Dengan  
Diagnosis Medis Hipertensi dan Masalah Keperawatan  
Nyeri Kronis Di Ruang Teratai UPTD Griya Wreda  
Jambangan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyertujui bahwa Karya Ilmiah Akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns)**

**Mengetahui**

**Pembimbing Institusi**

**Pembimbing Klinik**

**Diyah Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes.**  
NIP. 03056

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

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 31 Januari 2023

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Dinda Ainiyya Febriyani, S. Kep  
NIM : 2230032  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. M Dengan  
Diagnosis Medis Hipertensi dan Masalah Keperawatan  
Nyeri Kronis Di Ruang Teratai 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” pada prodi Pendidikan Profesi Ners di Stikes Hang  
Tuah Surabaya.

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

**Penguji 1 : Divan 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 : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 31 Januari 2023

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan berkah, karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. M Dengan Diagnosis Medis Hipertensi dan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Ruang Teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya” yang InshaAllah dapat bermanfaat untuk semuanya.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat memenuhi tugas akhir untuk menyelesaikan pendidikan di Program Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya dan mencapai gelar Ners. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sangatlah sulit untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini. Oleh karena itu dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama (Purn) Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi S1 Keperawatan.
2. Kepala UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang telah memberi izin dan kesempatan kepada penulis untuk melakukan pengambilan data di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program 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. Dr. 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 pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan, saran, masukan dan dorongan moril dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Desy Dwi Arvanita Ivadah, S. Kep,Ns selaku pemimbing di UPTD Griya Wredha Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus dan ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Ny. M selaku responden yang telah bersedia menjadi responden dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Kedua orangtua saya dan kakak saya yang tercinta beserta keluarga besar yang selalu senantiasa mendoakan dan memberikan semangat bagi saya.

11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih belum sempurna, baik dari segi substansi maupun penyusunannya, untuk itu penulis mengharapkan kritik serta saran yang bersifat membangun. Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

**Surabaya, 31 Januari 2023**

**Dinda Ainiyya Febriyani, S. Kep**  
**NIM. 2230032**



## DAFTAR ISI

<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 .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
1.5 Metode Penelitian.....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Lansia.....	8
2.1.1 Definisi Lansia .....	8
2.1.2 Klasifikasi Lansia .....	8
2.1.3 Ciri-ciri Lansia .....	9
2.1.4 Kualitas Hidup Lansia .....	9
2.1.5 Perubahan-Perubahan pada Lansia.....	10
2.2 Konsep Hipertensi.....	12
2.2.1 Definisi Hipertensi .....	12
2.2.2 Etiologi Hipertensi .....	13
2.2.3 Manifestasi Klinis Hipertensi .....	15
2.2.4 Klasifikasi .....	16
2.2.5 Patofisiologi Hipertensi .....	16
2.2.6 Pathway Hipertensi .....	18
2.2.7 Komplikasi Hipertensi .....	19
2.2.8 Penatalaksanaan Hipertensi .....	20
2.2.9 Pemeriksaan Penunjang Hipertensi .....	21
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.....	22
2.3.1 Pengkajian .....	22
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>37</b>
3.1 Pengkajian Keperawatan .....	37
3.1.1 Identitas Pasien .....	37
3.1.2 Riwayat Kesehatan .....	37
3.1.3 Status Fisiologis .....	38
3.1.4 Pemeriksaan Fisik ( <i>Head to Toe</i> ) .....	38
3.1.5 Pengkajian Psikososial .....	41

3.1.6	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan .....	41
3.1.7	Pengkajian Lingkungan .....	41
3.1.8	Pengkajian Kemampuan ADL .....	42
3.1.9	Pengkajian Aspek Kognitif MMSE ( <i>Mini Mental Status Exam</i> ).....	42
3.1.10	Pengkajian Tingkat Kerusakan Intelektual .....	43
3.1.11	Pengkajian Tes Keseimbangan Time Up Go Test.....	43
3.1.12	Pengkajian Depresi .....	43
3.1.13	Status Nutrisi .....	43
3.1.14	Pengkajian Fungsi Sosial Lansia APGAR Keluarga.....	43
3.2	Pemeriksaan Penunjang .....	43
3.3	Analisis Data .....	44
3.4	Prioritas Masalah.....	45
3.5	Intervensi Keperawatan.....	46
3.6	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	48
<b>BAB 4</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>56</b>
4.1	Pengkajian .....	56
4.1.1	Identitas .....	56
4.1.2	Riwayat Sakit dan Kesehatan .....	57
4.1.3	Pemeriksaan Fisik .....	58
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	60
4.3	Intervensi Keperawatan.....	62
4.4	Implementasi Keperawatan .....	64
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	65
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>67</b>
5.1	Simpulan .....	67
5.2	Saran .....	68
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>.....</b>	<b>70</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi .....	16
Tabel 2.2 Format Pengkajian Depresi .....	25
Tabel 2.3 Format Pengkajian Status Nutrisi .....	26
Tabel 2.4 Format Pengkajian Kemampuan ADL .....	27
Tabel 2.5 Format Pengkajian Aspek Kognitif MMSE .....	28
Tabel 2.6 Format Pengkajian SPMSQ .....	29
Tabel 2.7 Format Pengkajian Tes Keseimbangan <i>Time Up Go Fest</i> .....	29
Tabel 2.8 Format Pengkajian Fungsi Sosial Lansia APGAR Keluarga .....	30
Tabel 2.9 Intervensi .....	31
Tabel 3.1 Analisis Data .....	44
Tabel 3.2 Prioritas Masalah .....	45
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan .....	46
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	48

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Pathway</i> Hipertensi .....	18
--	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	1 Curriculum Vitae .....	72
Lampiran	2 Motto dan Persembahan .....	73
Lampiran	3 Pengkajian tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari..	74
Lampiran	4 Pengkajian Aspek Kognitif.....	75
Lampiran	5 Pengkajian Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ.....	76
Lampiran	6 Pengkajian Tes Keseimbangan <i>Time Up Go Test</i> .....	77
Lampiran	7 Pengkajian <i>Geriatric Depressioion Scale</i> .....	78
Lampiran	8 Pengkajian Status Nutrisi.....	79
Lampiran	9 Pengkajian Fungsi Sosial Lansia APGAR keluarga.....	80
Lampiran	10 Poster Edukasi.....	81

## DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
APGAR	: <i>Appereance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
GDS	: <i>Geriatric Depressoion Scale</i>
MMSE	: <i>Mini Mental Status Exam</i>
RIKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SPMSQ	: <i>Short Portable Mental Status Quesioner</i>
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas, dimana pada masa ini merupakan proses yang mengakibatkan perubahan-perubahan fisik, psikologi dan psikososial (Astutik and Mariyam 2021). Lanjut usia adalah dimana seseorang mengalami penambahan umur dengan disertai dengan penurunan fungsi fisik yang ditandai dengan penurunan massa otot serta kekuatannya, laju denyut jantung maksimal, peningkatan lemak tubuh, dan penurunan fungsi otak (Akbar et al. 2020). Salah satu contoh kemunduran fisik pada lansia adalah rentannya lansia terhadap penyakit, khususnya penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif yang umum diderita lansia salah satunya adalah hipertensi (Riamah 2019). Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan sebuah kondisi medis dimana orang yang tekanan darahnya meningkat diatas normal yaitu 140/90 mmHg dan dapat mengalami resiko kesakitan (morbiditas) bahkan kematian (mortalitas) (Agustina, Sari, and Savita 2016). Hipertensi perlu dideteksi dini yaitu dengan pemeriksaan tekanan darah secara berkala. Faktor-faktor yang mempengaruhi tekanan darah adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, aktivitas fisik, faktor genetik (keturunan), asupan makan, kebiasaan merokok, dan stres (Riamah 2019). Gejala umum yang terjadi pada pasien hipertensi ialah mengeluh sakit kepala, nyeri leher, gangguan tidur, sesak napas dan kelelahan. Hal itu sendiri dapat menyebabkan adanya keterbatasan kemampuan dan penderita akan mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya baik kebutuhan fisiologis dan kebutuhan rasa nyaman (M. Sari and Sari 2022). Memburuknya

status kesehatan pada lansia seringkali disertai dengan terjadinya. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial (Rahmawati and Yanti 2023).

Menurut *World Health Organization* (WHO) menunjukkan prevalensi hipertensi sebesar 22% dari total penduduk dunia. Kurang dari seperlima dari total prevalensi tersebut melakukan upaya pengendalian terhadap tekanan darahnya. Prevalensi hipertensi tertinggi berada di wilayah Afrika sebesar 27%, sedangkan Asia Tenggara berada di posisi ke tiga sebesar 25% terhadap total penduduk (WHO, 2019). Menurut (Risikesdas, 2018) mencatat bahwa lansia di Indonesia sebagian besar memiliki penyakit degeneratif atau gangguan kesehatan nyeri kronis, seperti hipertensi. Prevalensi hipertensi pada penduduk dengan umur 18 tahun ke atas mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013 yaitu sebesar 25,8% menjadi 34%. Prevalensi hipertensi berdasarkan karakteristik usia yaitu 20,1% (25-34 tahun), 36,1% (35-44 tahun), 45,3% (45-54 tahun), 55,2% (55-64 tahun), 63,2% (65- 74 tahun) dan 69,5% (75 tahun ke atas) (Kemenkes RI, hal. 2018). Riset kesehatan dasar yang telah dilakukan mendapatkan hasil prevalensi penyakit hipertensi di Provinsi Jawa Timur mencapai 36,3%, dan prevalensi hipertensi di Kota Surabaya mencapai 84,22% (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2021). Data pengkajian yang dilakukan pada tanggal 22 Desember 2022 di UPTD Griya Wredha pada 3 bulan terakhir ini didapatkan 165 lansia dengan kasus terbanyak adalah hipertensi sejumlah 80 lansia, dermatitis 23 lansia, stroke 20 lansia, diabetes 18 lansia dan kanker 2 lansia.

Faktor penyebab darah tinggi antara lain umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, genetik (faktor resiko yang tidak dapat diubah/dikendalikan), kebiasaan



merokok, obesitas, kurang olahraga, stress, makanan yang tinggi kadar lemaknya, protein, dan tinggi garam tetapi rendah serat. (Imelda, Sjaaf, and Puspita 2020). Adapun gejala yang sering dikeluhkan oleh pasien hipertensi yaitu sakit kepala, nyeri pada bagian tengkuk, sulit tidur, sesak nafas, dan mudah lelah. Pada klien hipertensi mengalami nyeri kepala sampai tengkuk karena terjadi penyempitan pembuluh darah akibat dari vasokonstriksi pembuluh darah akan menyebabkan peningkatan tekanan vasculer cerebral, keadaan tersebut akan menyebabkan nyeri kepala sampai tengkuk (M. Sari and Sari 2022). Nyeri kronis hipertensi pada lanjut usia adalah nyeri yang terus-menerus terjadi selama tiga bulan atau lebih. Penderita nyeri kronis biasanya akan memiliki kecemasan yang tinggi dan cenderung mengembangkan perasaan putus asa dan tidak berdaya. Pengobatan hipertensi memerlukan jangka waktu yang lama (seumur hidup) karena hipertensi hanya bisa dikurangi bukan dihilangkan. Hipertensi yang tidak terkontrol akan menimbulkan berbagai komplikasi, bila mengenai jantung kemungkinan akan terjadi infark miokard, jantung koroner, gagal jantung kongestif, bila mengenai otak terjadi stroke, ensefalopati hipertensif, dan bila mengenai ginjal terjadi gagal ginjal kronis, sedangkan bila mengenai mata akan terjadi retinopati hipertensif (K. P. Sari 2017).

Anjuran diet untuk mengatasi hipertensi dengan nyeri kronis pada lansia yaitu dengan rendah garam, diet rendah garam dapat meminimalisir tekanan darah pada pasien hipertensi. Dengan mengurangi mengkonsumsi garam mampu meminimalisir stimulasi system reninangiotensin sehingga dapat berpotensi menjadi anti hipertensi. Jumlah asupan sodium yang dianjurkan yaitu 50-100 mmol ataupun sama dengan 3-6 gram garam per hari, mengkonsumsi buah sayur

atau jus daun kelor dapat membuat tekanan darah menurun (Putra, Khairani, and Yanti 2022). Terdapat juga bentuk non farmakologis lainnya untuk mengatasi nyeri kronis yaitu dengan terapi teknik nafas dalam (*depp breathing*) membantu dalam menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Teknik relaksasi napas dalam adalah pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat tarik nafas. Efek dari terapi ini yaitu distraksi atau pengalihan perhatian. Terapi relaksasi teknik napas dalam ini sangat baik untuk di lakukan setiap hari, agar membantu relaksasi otot tubuh terutama otot pembuluh darah sehingga mempertahankan elastisitas pembuluh darah arteri sehingga dapat membantu menurunkan tekanan darah. (Kusuma and , Yulius Tiranda 2021). Oleh karena itu, perawat harus menyadari perkembangan dan dampak lain dari hipertensi. Dalam hal ini peran tenaga perawat sangat penting karena membantu pasien dalam mengatasi nyeri, juga memberikan pengobatan nyeri untuk mengatasi nyeri kronis pasien dan melakukan pendidikan kesehatan untuk mengubah kebiasaan gaya hidup pasien. 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 Ny. M dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Kronis di Ruang Teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. M Dengan Diagnosis Medis Hipertensi dan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Ruang Teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. M Dengan Diagnosis Medis Hipertensi dan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis Di Ruang Teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan gerontik pada Ny. M dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan nyeri kronis di ruang teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan gerontik pada Ny. M dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan nyeri kronis di ruang teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
3. Mampu membuat perencanaan keperawatan gerontik pada Ny. M dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan nyeri kronis di ruang teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
4. Mampu membuat implementasi keperawatan gerontik pada Ny. M dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan nyeri kronis di ruang teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
5. Mampu membuat evaluasi keperawatan gerontik pada Ny. M dengan diagnosis medis hipertensi dan masalah keperawatan nyeri kronis di ruang teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Dengan adanya karya ilmiah akhir mengenai Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. M dengan Diagnosis Medis Hipertensi dan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis ini diharapkan dapat menambah wawasan atau pedoman untuk laporan atau studi kasus selanjutnya.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

#### 1. Bagi Penulis

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus mengenai Hipertensi dan juga 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 diagnosa medis Hipertensi

#### 3. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik mengenai asuhan keperawatan dengan diagnosa medis Hipertensi

## **1.5 Metode Penelitian**

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**

#### **2.1 Konsep Lansia**

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

Lansia adalah proses menjadi lebih tua dengan umur mencapai 55 tahun ke atas, lansia akan mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial.(Riamah 2019).

Lanjut usia adalah dimana seseorang mengalami penambahan umur dengan disertai dengan penurunan fungsi fisik yang ditandai dengan penurunan massa otot serta kekuatannya, laju denyut jantung maksimal, peningkatan lemak tubuh, dan penurunan fungsi otak (Akbar et al. 2020).

##### **2.1.2 Klasifikasi Lansia**

Menurut Depkes RI (2019) klasifikasi lansia terdiri dari :

- a. Pra lansia yaitu seorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- b. Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia risiko tinggi ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- d. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- e. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

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

Berikut ini merupakan ciri-ciri lansia menurut Kholifah (2016), yaitu:

a. Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia

b. Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini diakibatkan oleh sikap sosial yang kurang baik terhadap lansia dan diperkuat dengan pendapat yang kurang baik..

c. Menua membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran dilakukan karena lansia mulai mengalami kegagalan dalam segala aspek. Perubahan peran lansia harus berdasarkan keinginan sendiri, bukan tekanan lingkungan.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat lansia cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Perlakuan yang buruk mengakibatkan penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula.

### **2.1.4 Kualitas 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. Kesehatan psikologis

Meliputi mampu atau tidaknya seseorang untuk menyesuaikan diri terhadap tuntutan perkembangan. Domain ini terdiri atas bodily image and appearance, self-esteem, possitive and negative emotion, berpikir, belajar memori, konsentrasi.

## 3. 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.

## 4. Aspek lingkungan

Relasi seseorang yang meliputi sumber keuangan, *freedom physical*, keamanan

### **2.1.5 Perubahan-Perubahan pada Lansia**

Menurut (Sitorus 2019), beberapa perubahan yang terjadi pada lansia diantaranya ialah perubahan fisik, intelektual, dan keagamaan.

#### a. Perubahan Fisik

- 1) Sel saat seseorang memasuki usia lanjut keadaan sel dalam tubuh akan berubah, seperti jumlahnya yang menurun, ukuran lebih besar sehingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan proporsi diotak, otot ginjal dan hati berkurang.
- 2) Sistem persyarafan, keadaan siytem persyarafan pada lansia akan mengalami perubahan seperti mengecilnya syaraf panca indra.
- 3) Sistem gastrointestinal, pada lansia akan terjadi menurunnya selera makan, seringnya terjadi konstipasi, menurunnya produksi air liur, dan gerak peristaltik juga menurun.



- 4) System musculoskeletal, pada lansia tulang akan kehilangan cairan dan makin rapuh keadaan tubuh akan lebih pendek, persendian kaku dan tendon mengerut.
- 5) System genitourinaria, pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah keginjal menurun.
- 6) Sistem cardiovascular, pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun, ukuran jantung secara keseluruhan menurun dengan tidaknya penyakit klinis, denyut jantung pada lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistoli meningkat karena hilangnya distensibilitas arteri, dan tekanan Diastolik juga meningkat.

b. Perubahan Intelektual

Akibat dari proses menua akan terjadi kemunduran ada kemampuan otak seperti perubahan IQ yaitu fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi non verbal, pemecahan masalah, konsentrasi dan kesulitan mengenal wajah seseorang.

c. Perubahan Keagamaan

Pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya. Hal tersebut bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meningkatkan kehidupan dunia.

d. Penyakit yang sering terjadi pada lansia

1) Osteoporosis

Merupakan salah satu bentuk gangguan dimana masa tulang atau kepadatan tulang berkurang.

## 2) Osteoarthritis ( OA )

Peradangan sendi yang terjadi akibat mekanik dan biologi yang mengakibatkan penipisan rawan sendi, tidak stabilnya sendi dan penebalan. OA merupakan penyebab utama ketidak mampuan pada lansia.

## 3) Hipertensi

Merupakan kondisi dimana darah sama dengan atau lebih tinggi dari 140 / 90 mmHg. Bila tidak ditangani akan menjadi stroke.

## 4) Diabetes Mellitus

Sekitar 50% dari lansia memiliki gangguan intoleransi glukosa dimana gula darah masih tetap normal meskipun dalam kondisi puasa. Keadaan ini berkembang dimana kadar gula sewaktu diatas 200mg/dl.

## 5) Demensia

Merupakan kumpulan gejala yang berkaitan dengan kehilangan fungsi intelektual dan daya ingat secara bertahap sehingga mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari.

## 6) Penyakit jantung koroner

Penyempitan pembuluh darah sehingga aliran darah menuju jantung terganggu. Gejala umum yang terjadi adalah dada sesak napas dan kebingungan.

## **2.2 Konsep Hipertensi**

### **2.2.1 Definisi Hipertensi**

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan perubahan dimana tekanan darah meningkat secara kronik. Hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi didalam pembuluh darah arteri (Astutik and Mariyam 2021).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan sebuah kondisi medis dimana orang yang tekanan darahnya meningkat diatas normal yaitu 140/90 mmHg dan dapat mengalami resiko kesakitan (morbiditas) bahkan kematian (mortalitas) (Agustina, Sari, and Savita 2016).

Hipertensi atau biasa disebut dengan silent killer merupakan penyakit yang datang tanpa disertai timbulnya gejala. Penyakit hipertensi akan mengganggu system peredaran darah berdampak pada meningkatkan tekanan darah di atas normal sehingga berisiko memunculkan komplikasi seperti penyakit jantung, gagal ginjal dan stroke (Sofiana 2020).

### **2.2.2 Etiologi Hipertensi**

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa factor yang memengaruhi terjadinya hipertensi (N. P. Sari 2020) :

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

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan ;

- a. Hipertensi primer (esensial)

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

Hipertensi primer disebabkan oleh faktor berikut ini.

- 1) Faktor keturunan
- 2) Ciri perseorangan
- 3) Kebiasaan hidup

#### b. Hipertensi sekunder

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

Penyebab lain dari hipertensi sekunder, antara lain ferokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin di kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensitivitas system saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui penyebab-nya) dan hipertensi

yang berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (N. P. Sari 2020).

### **2.2.3 Manifestasi Klinis Hipertensi**

Tanda dan gejala hipertensi dibedakan menjadi :

#### 1. Tidak ada gejala

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

#### 2. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala karena adanya peningkatan tekanan darah sehingga mengakibatkan hipertensi dan tekanan intracranial naik, dan kelelahan. Dalam kenyataan ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi mengalami gejala sebagai berikut (Bano 2020):

- a. Mengeluh sakit kepala, pusing dikarenakan peningkatan tekanan darah dan hipertensi sehingga intracranial naik.
- b. Lemas, kelelahan karena stress sehingga mengakibatkan ketegangan yang mempengaruhi emosi, pada saat ketegangan emosi terjadi dan aktivitas saraf simatis sehingga frekuensi dan krontaktilitas jantung naik, aliran darah menurun sehingga suplai O<sub>2</sub> dan nutrisi otot rangka menurun, dan terjadi lemas.

- c. Susah nafas, kesadaran menurun karena terjadinya peningkatan krontaktilitas jantung.
- d. Palpitasi (berdebar-debar) karena jantung memompa terlalu cepat sehingga dapat menyebabkan berdebar-debar, gampang marah.

Menurut (Bano 2020) klien hipertensi mengalami nyeri kepala sampai tengkuk karena terjadi penyempitan pembuluh darah akibat dari vasokonstriksi pembuluh darah akan menyebabkan peningkatan tekanan vasculer cerebral, keadaan tersebut akan menyebabkan nyeri kepala sampe tengkuk pada klien hipertensi.

#### 2.2.4 Klasifikasi

Menurut (WHO, 2018) batas normal tekanan darah adalah tekanan darah sistolik kurang dari 120 mmHg dan tekanan darah diastolik kurang dari 80 mmHg. Seseorang yang dikatakan hipertensi bila tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg.

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	≥ 180	≥ 110
Hipertensi Sistolik Terisolasi	≥ 140	< 90

#### 2.2.5 Patofisiologi Hipertensi

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

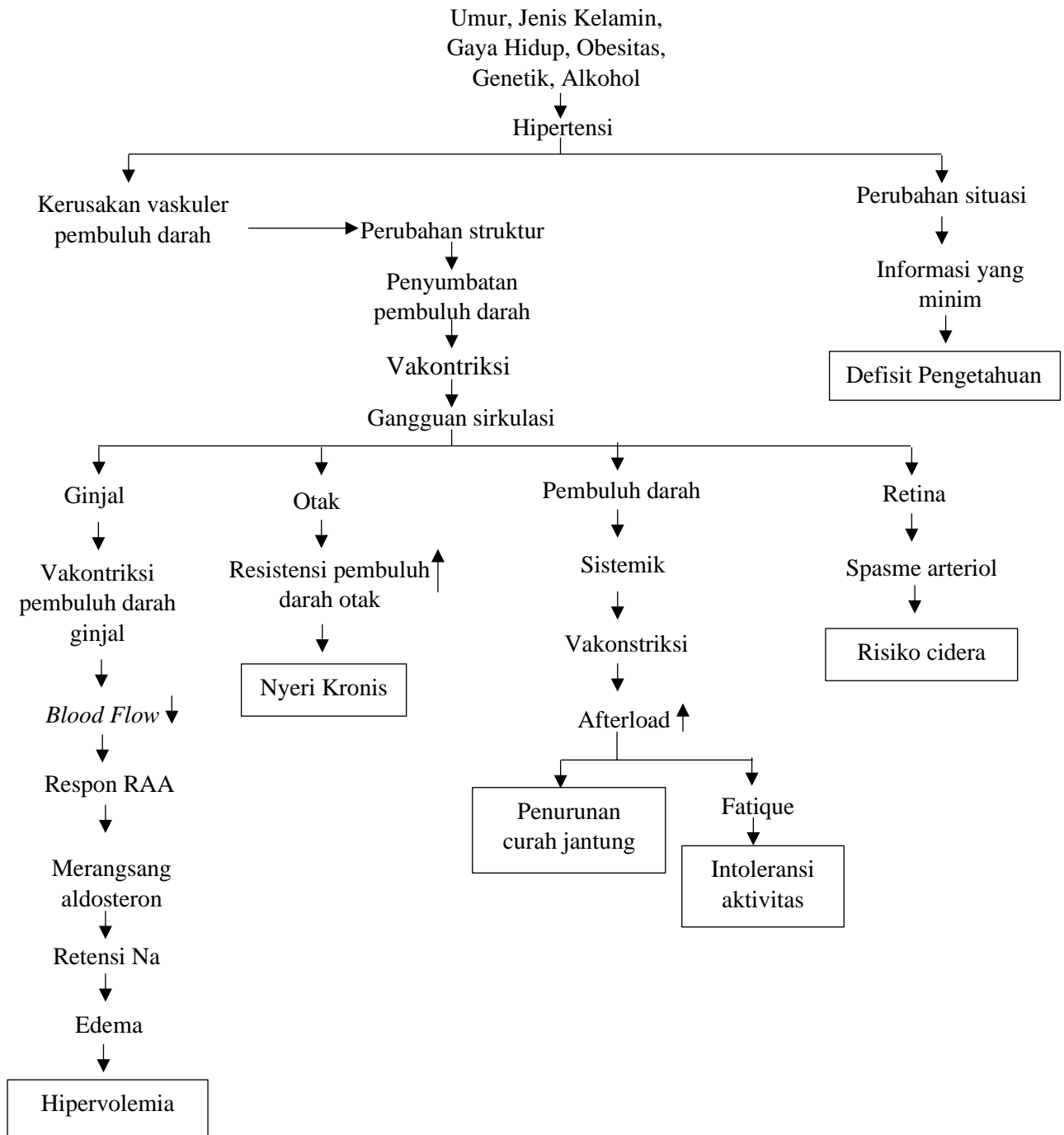
pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi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

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

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua factor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi (N. P. Sari 2020)

### 2.2.6 Pathway Hipertensi

Gambar 2.1 *Pathway* Hipertensi



Sumber : (N. P. Sari 2020)



### **2.2.7 Komplikasi Hipertensi**

Komplikasi hipertensi menurut (N. P. Sari 2020) adalah :

#### **1. Penyakit jantung**

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

#### **2. Ginjal**

Terjadinya gagal ginjal dikarenakan kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal dan nefron akan terganggu sehingga menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema.

#### **3. Otak**

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

#### **4. Mata**

Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.

#### **5. Kerusakan pada pembuluh darah arteri**

Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteria tau yang sering disebut dengan aterosklerosis dan arterosklerosis (pengerasan pembuluh darah).

### 2.2.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan atau pun dengan memodifikasi gaya hidup. Sebagian besar pasien memerlukan obat anti hipertensi seumur hidup dengan obat tunggal maupun kombinasi lebih dari satu obat. Pedoman penatalaksanaan hipertensi sangat diperlukan oleh para dokter untuk mencegah terjadinya komplikasi kardio-serebrovaskuler. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi asupan garam, menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok dan minuman beralkohol. Olahraga juga di anjurkan bagi penderita hipertensi (Anggita 2021).

#### 1. Terapi non farmakologi

Terapi nonfarmakologi digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi nonfarmakologi meliputi:

##### A. Diet

- 1) Mengurangi makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi
- 2) Retriksi garam secara moderat dari 10gr/hr menjadi 5gr/hr
- 3) Penurunan berat badan
- 4) Diet tinggi kalium
- 5) Makanan dan minuman dalam kaleng
- 6) Mengurangi konsumsi alcohol dan merokok

## B. Latihan fisik

Latihan fisik atau olahraga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi seperti lari, jogging, bersepeda, berenang, senam dan lain- lain. Lama latihan berkisar 20-15 menit.

## 2. Terapi farmakologi

Dapat digunakan sebagai obat tunggal atau di campur dengan obat lain.

Klasifikasi obat hipertensi yaitu sebagai berikut:

- 1) Diuretic: diberikan dengan tujuan agar memacu aktivitas keluaran natrium dan air melewati ginjal. Penggunaannya harus dilakukan secara hati-hati karena efek sampingnya bisa menyebabkan terjadinya hyponatremia dan hipokalemia, seperti chlorthalidone lasix, Aldoctone, Drenium diuretic
- 2) Penghambat enzim mengubah angiotensin II atau inhibitor ACE (*Angiotensin Converting Enzym*)
- 3) Antagonis (penyekat) reseptor beta (B-Blocker), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
- 4) penyemburan darah oleh ventrikel. O bat ini berfungsi untuk memperbaiki pengosongan ventrikel serta peningkatan kapasitas vena sehingga tekanan pengisian ventrikel kiri dapat di turunkan.Terapi vasodilator: obat-obatan fasoaktif ini digunakan untuk mengurangi adanya tekanan terhadap

### **2.2.9 Pemeriksaan Penunjang Hipertensi**

- a. Pemeriksaan hematokrit dan hemoglobin.
- b. Pemeriksaan BUN.
- c. Pemeriksaan glukosa.

- d. Pemeriksaan kalsium serum.
- e. Pemeriksaan kolesterol dan trigliserid serum.
- f. Pemeriksaan tiroid.
- g. Analisa urin.
- h. Pemeriksaan asam urat.
- i. Foto thorax.
- j. CT scan.
- k. Pemeriksaan EKG (elektrokardiogram).

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi**

### **2.3.1 Pengkajian**

Menurut (Sitorus 2019) yang perlu dikaji ialah :

#### **1. Identitas**

Identitas klien yang biasa dikaji adalah Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, status perkawinan, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, kamar dan identitas keluarga pasien.

#### **2. Keluhan Utama**

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit hipertensi seperti : Kepala pusing, sakit kepala, dan kepala terasa berat.

#### **3. Riwayat penyakit 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.

#### 4. Riwayat penyakit Dahulu

Adapun riwayat kesehatan dahulu yaitu memiliki riwayat hipertensi, riwayat DM, memiliki penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, riwayat kotrasepsi oral yang lama, riwayat penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

#### 5. Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena genetik / keturunan hipertensi, DM.

#### 6. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik ialah suatu proses pemeriksaan tubuh pasien pada ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menentukan adanya gejala dari sebuah penyakit dengan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

##### a. Sistem pernapasan ( B1 : *Breating* )

Dapat ditemukan peningkatan frekuensi napas atau masih dalam batas normal.

##### b. Sistem Sirkulasi ( B2 : *Bleding* )

Kaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apical sirkulasi perifer, warna dan kehangatan.

##### c. Sistem persyarafan ( B3 : *Brain* )

Kaji adanya hilang gerakan / sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan / hilang fungsi. Pergerakan mata / kejelasan melihat, dilatasi pupil. Agitasi ( mungkin berhubungan dengan nyeri / ansietas ).

Gejala : kebas kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan. Pembengkakan sendi simetris.

d. Sistem perkemihan ( B4 : *Bleader* )

Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, dysuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urine, dan kebersihan.

e. Sistem pencernaan ( B5 : *Bowel* )

Konstipasi, konsisten faces, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen.

f. Sistem muskuloskeletal ( B6 : *Bone* )

Kaji adanya nyeri berat tiba-tiba/ mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kekuatan otot, kontraktur, atrofi otot, laserasi kulit dan perubahan warna.

h. Gejala : fase akut dari nyeri ( mungkin tidak disertai oleh pembengkakan jaringan lunak pada sendi ). Rasa nyeri kronis dan kekakuan ( terutama pada pagi hari ).

### 2.3.2 Pengkajian Depresi

Tabel 2.2 Format Pengkajian Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	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	
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada 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	
<b>Jumlah</b>				

Interpretasi :

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

### 2.3.3 Pengkajian Status Nutrisi

Tabel 2.3 Format Pengkajian Status Nutrisi

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

Interpretasi:

0 – 2 : Good

3– 5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk



### 2.3.4 Pengkajian Kemampuan ADL

Tabel 2.4 Format Pengkajian Kemampuan ADL

No	Kriteria	DenganBantuan	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:

0-20 : Ketergantungan Penuh

21-61 : Ketergantungan Berat

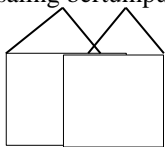
62-90 : Ketergantungan Sedang

91-99 : Ketergantungan Ringan

100 : Mandiri

### 2.3.5 Pengkajian Aspek Kognitif MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

Tabel 2.5 Format Pengkajian Aspek Kognitif MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun : 2022 Hari: pasien mengatakan lupa Musim : pasien mengatakan tidak tahu Bulan: pasien mengatakan lupa Tanggal : pasien mengatakan tidak tahu
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada ? Negara: Indonesia Panti : wredha Propinsi: Jawa Timur Wisma : Tulip Kabupaten /kota : Surabaya
3	Registrasi	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		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		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9		Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut). 1). Meja 2). Kaca 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		30		

Interpretasi hasil :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 - 17 : gangguan kognitif berat

### 2.3.6 Pengkajian Tingkat Kerusakan Intelektual

Tabel 2.6 Format Pengkajian SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

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

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

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

### 2.3.7 Pengkajian Tes Keseimbangan *Time Up Go Test*

Tabel 2.7 Format Pengkajian Tes Keseimbangan *Time Up Go Test*

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1		
2		
3		
<b>Rata-rata Waktu TUG</b>		
<b>Interpretasi Hasil</b>		

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

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

### 2.3.8 Pengkajian Fungsi Sosial Lansia APGAR keluarga

Tabel 2.8 Format Pengkajian Fungsi Sosial Lansia APGAR keluarga

NO	URAIAN	FUNGSI	SKORE
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 berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	
<b>Kategori Skor:</b> Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skore <b>2</b> 2). Kadang-kadang : <b>1</b> 3). Hampir tidak pernah : skore <b>0</b> <b>Intepretasi:</b> < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik ✓		<b>TOTAL</b>	

### 2.3.9 Diagnosa Keperawatan

- a) Nyeri Kronis b.d Penekanan syaraf (SDKI, D.0078, Hal: 174)
- b) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (SDKI D.0008 hal 34)
- c) Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium (SDKI D.0022 hal 62)
- d) Resiko cedera (SDKI D.0136 hal 294)

- e) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI D.0056 hal 128)
- f) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI D.0111 hal 246)

### 2.3.10 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.9 Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri Kronis b.d Penekanan syaraf	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24jam maka tingkat nyeri menurun Kriteria Hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun d. Tekanan darah membaik	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>• Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>• Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain.)</li> <li>• Kontrol</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri</li> <li>• Untuk memperoleh data skala nyeri</li> <li>• Untuk menganalisa respon nyeri</li> <li>• Mengetahui penyebab nyeri</li> <li>• Mengetahui apakah terdapat alergi atau tidak</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agar pasien relaks</li> <li>• Untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>• Untuk mengalihkan dan mengurangi rasa sakit</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agar pasien mengetahui penyebab nyeri</li> <li>• Agar pasien bisa menangani nyeri secara mandiri</li> <li>• Agar tidak terjadi kelebihan dosis</li> <li>• Untuk mengurangi rasa nyeri tanpa penggunaan obat</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengurangi nyeri</li> </ul>

		<p>lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>• Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>• Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>• Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>• Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>• Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk menurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>	
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka ketidakadekuatan jantung memompa darah meningkat. Kriteria Hasil : a. Tekanan darah	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</li> <li>• Monitor tekanan darah</li> <li>• Periksa tekanan darah dan frekuensi</li> </ul>	<p>Obseervasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab penurunan curah jantung.</li> <li>• Dengan</li> </ul>

	<p>menurun b. Palpitasi menurun c. Lelah menurun</p>	<p>nadi sebelum dan sesudah pemberian obat</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak)</li> <li>• Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu</li> <li>• Berikan dukungan emosional dan spritual</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan beraktivitass fisik sesuai toleransi</li> <li>• Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian anti aritmia, jika perlu</li> </ul>	<p>memonitoring tekanan darah dapat membantu perawat untuk berfokus pada nilai tekanan darah.</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan diet pada pasien dapat membantu mengoptimalkan nutrisi yang benar pada klien.</li> <li>• Untuk meningkatkan kenyamanan dan mengurangi stres</li> <li>• Agar merasakan masih ada yang peduli dan mendukungnya untuk sembuh</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agar aktikvitas yang dilakukan sesuai toleransi tubuh klien dan meningkatkan kualitas istirahat</li> <li>• Agar tubuh dapat menyesuaikan aktivitas yang sedang dilakukan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk mengatasi kondisi aritmia atau ketika denyut jantung berdetak terlalu cepar/terlalu</li> </ul>
--	--	---	--

			lambat dan tidak teratur
Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat. Kriteria hasil: a. Edema menurun b. Asites menurun	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Periksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>Identifikasi penyebab hipervolemia</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Batasi asupan cairan dan garam</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian deuretik.</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul</li> <li>Untuk mengetahui penyebab dari terkena hipervolemia</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Untuk mengurangi cairan dalam tubuh</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Agar pasien bisa membatasi diri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Untuk mempercepat laju pembentukan urin</li> </ul>
Resiko cedera	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat resiko cedera menurun. Kriteria hasil : a. Kejadian cedera menurun b. Luka/lecet menurun c. Perdarahan menurun	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pastikan barang-barang pribadi mudah terjangkau</li> <li>Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan resiko</li> <li>Sediakan alat bantu</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Untuk mengetahui agar tidak terjadi cedera pada klien</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Untuk mencegah adanya cedera</li> <li>Untuk meminimalkan cedera akibat lingkungan sekitar</li> <li>Untuk membantu klien agar tidak cidera</li> </ul> <p>Edukasi</p>



		<p>keamanan lingkungan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agar klien dan keluarga tahu alasan intervensi untuk menghindari resiko cedera</li> </ul>
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi ktivitas meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>a/ Kemudahan dalam melakukan aktivitass sehari-hari meningkat</p> <p>b. Keluhan lelah menurun</p> <p>c. Kekutan tubuh bagian atas dan bawah meningkat.</p>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>• Monitor pola tidur dan jam tidur</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>• Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk mengetahui kelelahan fisik dan emosional</li> <li>• Untuk mengetahui pola tidur yang baik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agar dapat melatih gerakan klien</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agar dapat memberikan aktivitas yang sesuai tubuh klien secara bertahap</li> <li>• Untuk dapat mengurangi kelalahan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agar asupan gizi klien dapat terpenuhi dengan baik</li> </ul>
Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar sumber informasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan</p>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar.</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi dan</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk mengetahui siap tidaknya klien dalam menerima informasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p>

	<p>membaik. Kriteria hasil: a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat.</p>	<p>media pendidikan kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tentang hipertensi dan efeknya pada jantung, pembuluh darah, ginjal dan otak.</li> <li>• Ajarkan pasien dalam mengidentifikasi faktor - faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah, misalnya obesitas, minum alkohol</li> <li>• Ajarkan pasien untuk mengembangkan jadwal yang sederhana, memudahkan untuk minum obat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agar pasien lebih paham dan mengerti melalui lisan dan media pendidikan kesehatan yang diberikan</li> <li>• Agar klien nyaman dan mendengarkan tanpa memikirkan aktivitas yang akan dilakukan nantinya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agar klien mengerti akan hipertensi</li> <li>• Agar klien mengetahui faktor-faktor resiko hipertensi</li> <li>• Agar pasien minum obatnya secara teratur sesuai jadwal</li> </ul>
--	--	--	--

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. M dengan Diagnosis Medis Hipertensi dan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis di Ruang Teratai UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang dimulai dari tahapan pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi serta evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 22 Desember 2022 sampai 24 Desember 2022.

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan**

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

Ny. M berjenis kelamin perempuan, berusia 84 tahun, bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa dan beragama Islam. Klien berstatus belum menikah, pendidikan tidak bersekolah. Klien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama 2 tahun, sejak 14 Januari 2020. Klien tidak memiliki sumber pendapatan, dahulu pekerjaan klien adalah pedagang.

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

Keluhan utama yang dirasakan Ny. M saat pengkajian adalah merasa kepala pusing, nyeri yang menjalar ke leher dan tengkuk, terasa cekot-cekot, klien juga mengatakan tidak nyaman berada diluar kamar. Ny. M mengatakan memiliki riwayat penyakit darah tinggi sudah sejak 2 tahun yang lalu. Keluhan yang dirasakan Ny. M 3 bulan terakhir adalah pernah merasakan nyeri dilututnya tetapi sekarang sudah sembuh lalu yang dirasakan sekarang yaitu pusing dan mengatakan kurang bisa mendengar ucapan orang lain. Untuk mengatasi keluhan kepalanya yang pusing Ny. M hanya tidur sampai merasa pusinya hilang atau

berkurang. Selama berada di UPTD Griya Wredha Jambangan Surabaya Ny. M mendapatkan obat amlodipine 1x10mg dan Vitamin B complex 1x1. Ny. M tidak memiliki alergi makanan, minuman dan obat-obatan.

### **3.1.3 Status Fisiologis**

1. Postur tulang belakang Ny. M yaitu normal
2. Tanda-tanda vital dan status gizi
  - a. Suhu : 36°C
  - b. Tekanan Darah : 150/90 mmHg
  - c. Nadi : 86 x/menit
  - d. Respirasi : 20 x/menit
  - e. Berat Badan : 45 kg
  - f. Tinggi badan : 150 cm

### **3.1.4 Pemeriksaan Fisik (*Head to Toe*)**

#### 1. Kepala

Kepala Ny. M bentuk simetris, bersih tidak ,terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek, bagian kepala belakang terasa pusing dan nyeri.

#### 2. Mata

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

#### 3. Hidung

Pada Ny. M bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu.

#### 4. Mulut dan Tenggorokan

Pada Ny. M kebersihan mulut baik, mukosa bibir lembab, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan.

#### 5. Telinga

Pada Ny. M kebersihan telinga baik, tidak terdapat serumen berlebih, tidak ada peradangan, mengalami gangguan pendengaran

#### 6. Leher

Pada Ny. M tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis, nyeri dibagian tengkuk dan menjalar ke leher.

#### 7. Dada

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

#### 8. Abdomen

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

#### 9. Genetalia

Pada Ny. M kebersihan area genetalia terjaga bersih, ada rambut pubis, tidak ada hemoroid, tidak ada hernia.

#### 10. Ekstermitas

Klien tidak ditemukan fraktur. Klien tidak memakai alat bantu jalan. Kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555.

Tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh normal, rentang gerak normal, reflek Bisep +/+, reflek trisep +/+.

#### 11. Integumen

Pada Ny. M tidak ditemukan warna kulit yang abnormal, kulit lembab, hangat, tekstur halus, turgor kulit elastis.

#### 12. Sistem Neurologis

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

Pengkajian nyeri:

P : Hipertensi

Q : Cekot-cekot

R : Bagian kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk

S : 5

T : Hilang timbul

Pengkajian nervous:

- a. NI : Ny. M dapat mencium bau minyak kayu putih.
- b. NII : Lapang pandang +/+
- c. NIII, NIV, NVI : Pupil mengecil saat terkena cahaya, lapang pandang luas
- d. NV : Reflek kornea langsung
- e. NVII : Ny. M tidak dapat mendengarkan suara gesekan jari pada kedua telinga.
- f. NIX, NX : Reflek menelan +

- g. NXI : Sternokleidomastoid terlihat
- h. NXII : Lidah simetris.

### **3.1.5 Pengkajian Psikososial**

Hubungan Ny. M dengan teman sekamar tidak mampu bekerja sama. Ny. M mengatakan dia sangat bersyukur atas apa yang dimilikinya sekarang. Ny. M mengatakan semua orang pasti mati, pasrah dan jalani saja. Ny. M mengatakan jika bosan, ia hanya tidur di kamar. Ny. M mengatakan akrab hanya dengan satu orang teman kamarnya.

### **3.1.6 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

Ny. M makan 3x/hari dengan porsi habis. Ny. M minum  $\pm$  1200 cc/hari. Ny. M mengatakan tidak mengalami sulit tidur, Pola tidur klien dalam sehari sekitar 9-10 jam. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur atau tidur. Frekuensi BAB Ny. M yaitu 1x sehari dengan konsistensi lunak. frekuensi BAK sekitar 5-6 kali sehari, klien dapat toileting secara mandiri dan tidak ada gangguan saat BAK. Ny. M mandi 2x secara mandiri, sikat gigi 2x sehari. Memakai minyak kayu putih dan bedak setelah mandi dan ganti baju 1x sehari.

### **3.1.7 Pengkajian Lingkungan**

#### **1. Pemukiman**

UPTD Griya Wredha 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 Wredha memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di UPTD Griya Wredha

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 Wredha 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.

### **3.1.8 Pengkajian Kemampuan ADL**

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

### **3.1.9 Pengkajian Aspek Kognitif MMSE (*Mini Mental Status Exam*)**

Pemeriksaan dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental State Examination*) menunjukkan bahwa Ny. M dapat Dapat menjawab 4 pertanyaan



dari 6 pertanyaan pada aspek kognitif orientasi,registrasi,mengingat,dan bahasa. Total nilai yang didapat 15 dengan interpretasi gangguan kognitif berat.

### **3.1.10 Pengkajian Tingkat Kerusakan Intelektual**

Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questioner*) menunjukkan bahwa dari 10 pertanyaan Ny. M dapat menjawab 1 pertanyaan dengan benar yang artinya Ny. M memiliki fungsi intelektual kerusakan berat.

### **3.1.11 Pengkajian Tes Keseimbangan *Time Up Go Test***

Intepretasi hasil : Pada Ny. M didapatkan bahwa klien memiliki hasil penilaian 23 detik dengan kategori resiko tinggi jatuh

### **3.1.12 Pengkajian Depresi**

Intepretasi hasil : Pada Ny. M didapatkan bahwa klien memiliki hasil penilaian 7 dengan kategori depresi

### **3.1.13 Status Nutrisi**

Intepretasi hasil : Pada Ny. M didapatkan bahwa klien memiliki hasil penilaian 1 dengan status nutrisinya dengan baik

### **3.1.14 Pengkajian Fungsi Sosial Lansia APGAR Keluarga**

Intepretasi hasil : Pada Ny. M didapatkan bahwa klien memiliki hasil penilaian 6 dengan kategori disfungsi sedang.

## **3.2 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang pada Ny. M didapatkan bahwa klien mendapatkan terapi obat berupa amlodipine 10 mg dengan dosis 0-0-1 untuk menurunkan tekanan darah dan vitamin B kompleks dengan dosis 1-0-0 untuk membantu memenuhi kebutuhan vitamin B kompleks pada tubuh.

### 3.3 Analisis Data

Tabel 3.1 Analisis Data Pada Tanggal 22 Desember 2022

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p><b>DS :</b> Pasien merasa kepala pusing,nyeri yang menjalar ke leher dan tengkuk dan pasien mngatakan sudah memiliki darah tinggi sejak 2 tahun yang lalu  <b>P:</b> Hipertensi  <b>Q:</b> Cekot-cekot  <b>R:</b> Bagian kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk  <b>S:</b> 5  <b>T:</b> Hilang timbul  <b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelisah</li> <li>- Tampak meringis</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri</li> </ul> <p>Suhu : 36°C            TD : 150/90 mmHg            Nadi : 86 x/menit            Respirasi : 20 x/menit</p>	Proses Penyakit	Nyeri Kronis (SDKI, D.0078, Hal: 174)
2.	<p><b>DS :</b> Pasien mengatakan tidak nyaman berada diluar kamar  <b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurang responsif atau tertarik pada orang lain</li> <li>- Tidak berminat melakukan kontak emosi dan fisik</li> <li>- Kontak mata kurang</li> </ul>	Ketiadaan orang terdekat	Gangguan Interaksi Sosial (SDKI D.0118 Hal 262)
3.	<p><b>DS :</b> pasien mengatakan kurang bisa mendengar ucapan orang lain  <b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan respon tidak sesuai</li> <li>- Sulit memahami komunikasi</li> <li>- Sulit mempertahankan komunikasi</li> <li>- Disorientasi ruang,waktu</li> </ul>	Gangguan Pendengaran	Gangguan Komunikasi Verbal (SDKI D.0119 Hal 264)

### 3.4 Prioritas Masalah

Tabel 3.2 Prioritas Masalah

No.	Masalah keperawatan	Ditemukan	Teratasi	Paraf
1.	Nyeri Kronis b.d Proses Penyakit (SDKI, D.0078, Hal: 174)	22 Desember 2022	24 Desember 2022	<i>Dinda</i>
2.	Gangguan Interaksi Sosial b.d Ketiadaan Orang Terdekat (SDKI D.0118 Hal 262)	22 Desember 2022	24 Desember 2022	<i>Dinda</i>
3.	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Pendengaran (SDKI D.0119 Hal 264)	22 Desember 2022	24 Desember 2022	<i>Dinda</i>

### 3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	RASIONAL
1.	Nyeri Kronis b.d Proses Penyakit (SDKI, D.0078, Hal: 174)	Tingkat nyeri (SLKI, L.08066, Hal 145) Tujuan: Setelah dilakukan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan, Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan darah membaik	Manajemen nyeri (SIKI, 1.08238, Hal. 201) <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri <b>Terapeutik</b> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <b>Edukasi</b> 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik Napas Dalam) <b>Kolaborasi</b> 5. Kolaborasi pemberian analgetik	<b>Observasi</b> 1. Untuk mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri 2. Untuk Memperoleh data skala nyeri <b>Terapeutik</b> 3. Untuk memfasilitasi istirahat dan tidur dengan kualitas yang baik <b>Edukasi</b> 4. Untuk merelaksan pasien dan mengurangi rasa nyeri <b>Kolaborasi</b> 5. Untuk mengurangi rasa nyeri

2.	Gangguan Interaksi Sosial b.d Ketiadaan Orang Terdekat (SDKI D.0118 Hal 262)	<p>Interaksi Sosial (<b>SLKI, L.13115, Hal 34</b>) Tujuan: Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan interaksi sosial meningkat dengan,</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat</li> <li>2. Responsif pada orang lain meningkat</li> <li>3. Minat melakukan kontak emosi meningkat</li> <li>4. Kontak mata meningkat</li> </ol>	<p>Promosi Sosialisasi (<b>SIKI, I. 13498, Hal 385</b>)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</li> <li>3. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui kemampuan dalam berinteraksi dengan rang lain</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Agar termotivasi untuk mau ikut dalam kegiatan kelompok</li> <li>3. Agar termotivasi dan mau berinteraksi dengan lingkungan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Agar terbiasa dalam berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</li> </ol>
3.	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Pendengaran (SDKI D.0119 Hal 264)	<p>Komunikasi Verbal (<b>SLKI, L.13118, Hal 49</b>) Tujuan: Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan,</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat</li> <li>2. Kontak mata meningkat</li> <li>3. Respon perilaku membaik</li> <li>4. Pemahaman komunikasi membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Demensia (<b>SIKI, 1. 09286, Hal: 162</b> )</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten dan rendah stimulus</li> <li>3. Orientasikan waktu, tempat dan orang</li> <li>4. Libatkan kegiatan individu atau kelompok sesuai kemampuan kognitif dan minat</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui pola aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Agar klien merasa aman dan nyaman</li> <li>3. Untuk memahami waktu, tempat dan orang</li> <li>4. Agar terbiasa bersosialisai dengan orang lain</li> </ol>

### 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No.	Tgl & Jam	Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tanggal & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	22/12/2022 08.00  08.30  09.00  09.15	Nyeri Kronis b.d Proses Penyakit (SDKI, D.0078, Hal: 174)	1. Mengobservasi tanda-tanda vital <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu : 36°C</li> <li>- Tekanan Darah : 150/90 mmHg</li> <li>- Nadi : 86 x/menit</li> <li>- Respirasi : 20 x/menit</li> </ul> 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Hipertensi</li> <li>- Q: Cekot-cekot</li> <li>- R: Bagian kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk</li> <li>- S: 5</li> <li>- T: Hilang timbul</li> </ul> 3. Mengidentifikasi skala nyeri ( skala nyeri pasien 5(1-10) )           4. Memfasilitasi istirahat dan	<i>Dinda</i>	22/12/2022 14.00	S : Pasien mengatakan kepala pusing dan menjalar ke leher dan tengkuk P: Hipertensi Q: Cekot-cekot R: Bagian kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk S: 5 T: Hilang timbul  O : - Gelisah - Tampak meringis - Berfokus pada diri sendiri Suhu : 36°C TD : 150/90 mmHg Nadi : 86 x/menit Respirasi : 20 x/menit	<i>Dinda</i>

	09.30		tidur (memfasilitasi tempat tidur pasien senyaman mungkin)			A : Masalah belum teratasi P: Intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan	
	10.00		5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mengajarkan relaksasi napas dalam) 6. Memberikan obat analgetik (Vit B komplek dan Amlodipin 1x10mg)				
2,	22/12/2022 08.00	Gangguan Interaksi Sosial b.d Ketiadaan Orang Terdekat (SDKI D.0118 Hal 262)	1. Mengidentifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain (bercerita dengan teman sekamar)	<i>Dinda</i>	22/12/2022 14.00	S : Pasien mengatakan tidak nyaman berada diluar kamar O : - Kurang responsif atau tertarik pada orang lain - Tidak berminat melakukan kontak emosi dan fisik - Kontak mata kurang - Tidak kooperatif dalam bermain dan berteman dengan sebayanya A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,4 dilanjutkan	<i>Dinda</i>
	08.30		2. Memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok (memotivasi untuk menonton televisi bersama teman sekamar)				
	09.00		3. Memotivasi berinteraksi diluar lingkungan (memotivasi untuk ikut senam)				
	10.00		4. Menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara				

			bertahap (duduk didepan kamar dan bercerita dengan teman)				
3.	22/12/2022 08.00  08.30  09.00  09.30	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Pendengaran (SDKI D.0119 Hal 264)	1. Mengidentifikasi pola aktivitas (kegiatan yang biasa dilakukan) 2. Menyediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten dan rendah stimulus (makan bersama teman sekamar) 3. Mengorientasikan waktu, tempat dan orang (memberitahukan tempat yg ditinggali adalah panti jompo) 4. Melibatkan kegiatan individu atau kelompok sesuai kemampuan kognitif dan minat (melakukan senam)	Dinda	22/12/2022 14.00	S : O : - Menunjukkan respon tidak sesuai - Sulit memahami komunikasi - Sulit mempertahankan komunikasi - Disorientasi ruang, waktu A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,4 dilanjutkan	Dinda
1.	23/12/2022 08.00	Nyeri Kronis b.d Proses Penyakit (SDKI, D.0078, Hal: 174)	1. Mengobservasi tanda-tanda vital - Suhu : 36°C - Tekanan Darah : 140/90 mmHg - Nadi : 92 x/menit	Dinda	23/12/2022 14.00	S : Pasien mengatakan pusing yang menjalar ke leher dan tengkuk sudah sedikit berkurang P: Hipertensi	Dinda



	08.30		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respirasi : 20 x/menit</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Q: Cekot-cekot</li> <li>R: Bagian kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk</li> <li>S: 4</li> <li>T: Hilang timbul</li> </ul>	
	09.00		<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>- P: Hipertensi</li> <li>- Q: Cekot-cekot</li> <li>- R: Bagian kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk</li> <li>- S: 4</li> <li>- T: Hilang timbul</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>O :</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Meringis sedikit menurun</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri</li> </ul>	
	09.15		<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri pasien 4(1-10)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Suhu : 36°C</li> <li>TD : 140/90 mmHg</li> <li>Nadi : 92 x/menit</li> <li>Respirasi : 20 x/menit</li> </ul>	
	09.30		<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Memfasilitasi istirahat dan tidur (memfasilitasi tempat tidur pasien nyaman mungkin)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>A : Masalah teratasi sebagian</li> <li>P: Intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan</li> </ul>	
	10.00		<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mengajarkan relaksasi napas dalam)</li> <li>6. Memberikan obat analgetik (Vit B komplek dan Amlodipin 1x10mg)</li> </ul>			

2.	23/12/2022 08.00  08.30  10.00	Gangguan Interaksi Sosial b.d Ketiadaan Orang Terdekat (SDKI D.0118 Hal 262)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok (memotivasi untuk ikut kegiatan melukis)</li> <li>2. Memotivasi berinteraksi diluar lingkungan (memotivasi untuk ikut senam)</li> <li>3. Menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap (duduk didepan kamar dan bercerita dengan teman)</li> </ol>	<i>Dinda</i>	23/12/2022 14.00	<p>S : Pasien mengatakan mau untuk duduk di depan kamar tetapi hanya sebentar</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sedikit responsif atau tertarik pada orang lain</li> <li>- Pasien sedikit berminat melakukan kontak emosi dan fisik</li> <li>- Kontak mata sedikit meningkat</li> <li>- Sedikit kooperatif dalam bermain dan berteman dengan sebayanya</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3 dilanjutkan</p>	<i>Dinda</i>
3.	23/12/2022 08.00  08.30	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Pendengaran (SDKI D.0119 Hal 264)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten dan rendah stimulus (membantu menggantikan spreii)</li> <li>2. Mengorientasikan waktu, tempat dan orang (memberitahukan hari dan</li> </ol>	<i>Dinda</i>	23/12/2022 14.00	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mulai menunjukkan respon yang sesuai</li> <li>- Pasien sedikit memahami komunikasi</li> <li>- Sulit mempertahankan</li> </ul>	<i>Dinda</i>

	09.00		pukul berapa ) 3. Melibatkan kegiatan individu atau kelompok sesuai kemampuan kognitif dan minat (melakukan senam)			komunikasi - Disorientasi ruang,waktu A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3 dilanjutkan	
1.	24/12/2022 08.00  08.30  09.00  09.15	Nyeri Kronis b.d Proses Penyakit (SDKI, D.0078, Hal: 174)	1. Mengobservasi tanda-tanda vital - Suhu : 36°C - Tekanan Darah : 130/80 mmHg - Nadi : 86 x/menit - Respirasi : 20 x/menit 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri - P: Hipertensi - Q: Cekot-cekot - R: Bagian kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk - S: 3 - T: Hilang timbul 3. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri pasien	<i>Dinda</i>	24/12/2022 14.00	S : Pasien mengatakan pusing yang menjalar ke leher dan tengkuk sudah berkurang P: Hipertensi Q: Cekot-cekot R: Bagian kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk S: 3 T: Hilang timbul O : - Gelisah menurun - Meringis menurun - Berfokus pada diri sendiri Suhu : 36°C TD : 130/80 mmHg Nadi : 86 x/menit Respirasi : 20 x/menit	<i>Dinda</i>

	09.30		3(1-10)) 4. Memfasilitasi istirahat dan tidur (memfasilitasi tempat tidur pasien nyaman mungkin)			A : Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan	
	10.00		5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mengajarkan relaksasi napas dalam) 6. Memberikan obat analgetik (Vit B komplek dan Amlodipin 1x10mg)				
2.	24/12/2022 08.00	Gangguan Interaksi Sosial b.d Ketiadaan Orang Terdekat (SDKI D.0118 Hal 262)	1. Memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok (menonton televisi bersama)	<i>Dinda</i>	24/12/2022 14.00	S : Pasien mengatakan mau untuk duduk di depan kamar tetapi hanya sebentar O : - Pasien sedikit responsif atau tertarik pada orang lain - Pasien sedikit berminat melakukan kontak emosi dan fisik - Kontak mata meningkat - kooperatif dalam bermain dan berteman dengan sebayanya	<i>Dinda</i>
	08.30		2. Memotivasi berinteraksi diluar lingkungan (mengikuti senam)				
	10.00		3. Mengajarkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap (duduk didepan kamar dan				

			bercerita dengan teman)			A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan	
3.	24/12/2022 08.00  08.30  09.00	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Pendengaran (SDKI D.0119 Hal 264)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten dan rendah stimulus (membersihkan tempat tidur)</li> <li>2. Mengorientasikan waktu, tempat dan orang (memberitahukan tempat yg ditinggali adalah panti jompo)</li> <li>3. Melibatkan kegiatan individu atau kelompok sesuai kemampuan kognitif dan minat (melakukan senam)</li> </ol>	<i>Dinda</i>	24/12/2022 14.00	S : O : - Pasien menunjukkan respon yang sesuai - Pasien memahami komunikasi - Pasien dapat mempertahankan komunikasi A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	<i>Dinda</i>

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Bab 4 ini akan membahas mengenai Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. M dengan Diagnosis Medis Hipertensi dan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Teratai 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 dimulai dari pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Data pengkajian pada Ny. M didapatkan dengan melakukan anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan dari pemeriksaan penunjang medis.

##### **4.1.1 Identitas**

Pasien bernama Ny. M bertempat tinggal di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, Ny. M berjenis kelamin perempuan, usia 84 tahun, beragama islam, dari suku jawa, lansia berstatus belum menikah, riwayat pendidikan tidak bersekolah, riwayat pekerjaan pedagang dengan riwayat sumber pendapatan tidak tetap. Ny. M sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama 2 tahun.

Berdasarkan data tinjauan pustaka lansia hipertensi yaitu sering menyerang pada usia 30-50 tahun, tetapi hipertensi meningkat dengan usia 50-60 % klien yang berumur lebih dari 60 tahun memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg (Yolanda, 2017). Menurut (Primadewi 2022) mengatakan bahwa

penurunan elastisitas dinding aorta, penebalan katub jantung yang membuat kaku katub, menurunnya kemampuan memompa jantung, kehilangan elastisitas pembuluh darah perifer, dan meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer merupakan penyebab Hipertensi pada lansia. Data pengkajian yang didapatkan adalah Ny. M berusia 84 tahun berjenis kelamin perempuan. Semakin bertambahnya usia berpotensi terkena hipertensi. Salah satu faktor hipertensi adalah faktor usia yang menyebabkan dinding ventrikel kiri dan katub jantung menebal serta elastisitas pembuluh darah menurun.

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan keselarasan, karena bertambahnya usia berpotensi terkena hipertensi. Hipertensi terjadi juga karena faktor usia diatas 60 tahun yang menyebabkan pembuluh arteri besar dan aorta menjadi kurang elastis lagi.

#### **4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan**

Pada tinjauan pustaka didapatkan keluhan utama yang dirasakan oleh klien dengan hipertensi adalah nyeri kepala atau rasa berat pada tengkuk (Ainurrafiq, Risnah, and Ulfa Azhar 2019). Pada tinjauan kasus didapatkan pemeriksaan pasien mengatakan nyeri pada kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk, nyeri yang dirasakan cekot-cekot dan hilang timbul dengan skala nyeri 5. Dalam hal ini antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus ditemukan keselarasan. Peningkatan tekanan darah salah satunya akan menyebabkan pusing atau sakit kepala (nyeri pada kepala), sehingga dapat mempengaruhi aktivitas. 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).

Pada tinjauan pustaka dijelaskan terapi farmakologis untuk hipertensi salah satunya adalah dengan pemberian CCB (*Calcium Channel Blocker*) dapat menyebabkan relaksasi otot jantung dan mengurangi sensitifitas kanal kalsium, sehingga mengurangi masuknya kalsium yang ada di ekstraseluler ke dalam sel. Hal ini menyebabkan vasodilatasi dan menurunya tekanan darah (Erniyawati 2018). Pada tinjauan kasus diperoleh data bahwa Ny. M mengkonsumsi obat antihipertensi yaitu, Amlodipine dengan dosis 10 mg. Jadi, antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan keselarasan.

#### **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 Ny. M. 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 pustaka didapatkan data pada lansia secara umum dan penderita hipertensi mengalami peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus-menerus lebih dari suatu periode. (Adam 2019). Pada tinjauan kasus didapatkan hasil tekanan darah Ny. M adalah



150/90 mmHg. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat keselarasan.

### 3. Sistem Persyarafan

Pada tinjauan kasus didapatkan data klien mengatakan nyeri pada kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk, rasanya cekot-cekot dengan skala 5 dan waktunya hilang timbul. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat keselarasan.

### 4. Sistem Perkemihan

Pada tinjauan kasus didapatkan data pada sistem perkemihan klien mengatakan BAK 5-6 kali sehari. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat keselarasan

### 5. Sistem Pencernaan

Pada tinjauan kasus didapatkan data Ny. M suka mengonsumsi makanan yang asin dan gurih. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat keselarasan.

### 6. Sistem Musculoskeletal

Pada tinjauan pustaka didapatkan data ada lansia dengan hipertensi ditemukan data kekakuan pada tengkuk leher serta kelemahan otot (Sutomo and Aprilin 2022). Pada tinjauan kasus didapatkan Ny. M tidak terdapat fraktur, Ny. M mengatakan nyeri pada kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk, rasanya cekot-cekot dengan skala 5 dan waktunya hilang timbul. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat keselarasan.

## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan yang muncul pada tanggal 22 Desember 2022 pada Ny. M 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, nyeri yang dirasakan cekot-cekot dan hilang timbul dengan skala nyeri 5. Pemeriksaan TTV didapatkan hasil TD : 150/90 mmHg, N : 86x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°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. 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 Interaksi Sosial b.d Ketiadaan Orang Terdekat (SDKI D.0118 Hal 262)**

Pengkajian yang dilakukan pada diagnosa ini didapatkan data Ny. M mengatakan tidak nyaman berada diluar kamar dan lebih nyaman berada didalam kamar.

Gangguan Interaksi sosial merupakan kuantitas dan/atau kualitas hubungan sosial yang kurang atau berlebih. Yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : merasa tidak nyaman dengan situasi sosial, merasa sulit menerima atau mengkomunikasikan perasaan, kurang responsif atau tertarik pada orang lain, tidak berminat melakukan kontak emosi dan fisik. Disertai dengan tanda dan gejala minor meliputi : sulit mengungkapkan kasih sayang, gejala cemas berat, kontak mata kurang, ekspresi wajah tidak responsif, tidak kooperatif dalam bermain dan berteman dengan sebaya, perilaku tidak sesuai usia (SDKI DPP PPNI, 2016).

### **3. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Pendengaran (SDKI D.0119 Hal 264)**

Pengkajian yang dilakukan pada diagnosa ini didapatkan data Ny. M terlihat sulit memahami komunikasi karena penurunan pendengaran, sulit mempertahankan komunikasi, menunjukkan respon tidak sesuai dan disorientasi orang, ruang, waktu.

Gangguan komunikasi verbal merupakan penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol. Yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai. Disertai dengan tanda dan gejala minor meliputi : afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata,

disorientasi orang, ruang, waktu, defisit penglihatan, dan delusi (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 dilakukan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik (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. Terapeutik: fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi: ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik napas dalam). Kolaborasi pemberian analgetik (SIKI DPP PPNI, 2018).

#### **2. Gangguan Interaksi Sosial b.d Ketiadaan Orang Terdekat (SDKI D.0118 Hal 262)**

Tujuan yang ingin dicapai dalam intervensi ini adalah setelah dilakukan 3x24 jam diharapkan interaksi sosial meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut, perasaan nyaman dengan situasi sosial meningkat, responsif pada orang lain meningkat, minat melakukan kontak emosi meningkat, kontak mata

meningkat, kooperatif dalam bermain dengan sebaya, kooperatif dengan teman sebaya (SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut menggunakan metode promosi sosialisasi dengan rencana keperawatan sebagai berikut, Observasi: identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain. Terapeutik: motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok, motivasi berinteraksi diluar lingkungan. Edukasi: anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap (SIKI DPP PPNI, 2018).

### **3. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Pendengaran (SDKI D.0119 Hal 264)**

Tujuan yang ingin dicapai dalam intervensi ini adalah setelah dilakukan 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut, kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, kontak mata meningkat, respon perilakuk membaik, pemahaman komunikasi membaik (SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut menggunakan metode manajemen demensia dengan rencana keperawatan sebagai berikut, Observasi : identifikasi pola aktivitas. Terapeutik: sediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten, dan rendah stimulus; orientasikan waktu, tempat dan orang; libatkan kegiatan individu atau kelompok sesuai kemampuan kognitif dan minat (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 (skala nyeri pasien 5(1-10)), Memfasilitasi istirahat dan tidur (memfasilitasi tempat tidur pasien nyaman mungkin), Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mengajarkan relaksasi napas dalam), Memberikan obat analgetik (Amlodipin 1x10mg).

##### **2. Gangguan Interaksi Sosial b.d Ketiadaan Orang Terdekat (SDKI D.0118 Hal 262)**

Mengidentifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain (bercerita dengan teman sekamar), Memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok (memotivasi untuk menonton televisi bersama teman sekamar), Memotivasi berinteraksi diluar lingkungan (memotivasi untuk ikut senam), Menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap (duduk didepan kamar dan bercerita dengan teman).

##### **3. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Pendengaran (SDKI D.0119 Hal 264)**

Mengidentifikasi pola aktivitas (kegiatan yang biasa dilakukan), Menyediakan lingkungan aman, nyaman, konsisten dan rendah stimulus (makan bersama dengan teman, membersihkan tempat tidur, mengganti spreii), Mengorientasikan waktu, tempat dan orang (memberitahukan tempat yg ditinggali adalah panti jompo), Melibatkan kegiatan individu atau kelompok sesuai kemampuan kognitif dan minat (melakukan senam).

#### **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 Ny. M masih mengeluh nyeri dibagian kepala belakang menjalar ke leher dan tengkuk, dengan skala nyeri 5 terasa cekot-cekot dan hilang timbul. Pemeriksaan TTV didapatkan hasil: TD : 150/90 mmHg, RR: 20x/menit, N: 86x/menit, S: 36°C.

Evaluasi pada hari ke-2 didapatkan hasil bahwa masalah teratasi sebagian dengan data yang didapat adalah Ny. M masih merasakan pusing yang menjalar ke leher dan tengkuk sudah sedikit berkurang, masih merasakan cekot-cekot dibagian kepala belakang dan hilang timbul dengan skala 4. Pemeriksaan TTV didapatkan hasil : TD: 140/90 mmHg, N: 92x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C.

Evaluasi pada hari ke-3 didapatkan hasil bahwa masalah masih teratasi sebagian dengan data yang didapatkan adalah Ny. M merasakan pusing yang menjalar ke leher dan tengkuk sudah berkurang, masih merasakan cekot-cekot dibagian kepala belakang dan hilang timbul dengan skala 3. Pemeriksaan TTV didapatkan hasil : TD: 130/80 mmHg, N: 86x/menit, RR: 20x/menit, S: 36°C.

##### **2. Gangguan Interaksi Sosial b.d Ketiadaan Orang Terdekat (SDKI D.0118 Hal 262)**

Evaluasi pada pemberian intervensi promosi sosialisasi pada hari ke-1 didapatkan hasil masalah belum teratasi dengan data Ny. M mengatakan tidak nyaman berada diluar kamar.

Evaluasi pada hari ke-2 didapatkan hasil bahwa masalah teratasi sebagian dengan data yang didapat adalah Ny. M mengatakan mau untuk duduk didepan

kamar tetapi hanya sebentar, terlihat klien sedikit responsif atau tertarik pada orang lain, sedikit berminat melakukan kontak emosi dan fisik, kontak mata sedikit meningkat, sedikit kooperatif dalam bermain dan berteman dengan teman sebayanya.

Evaluasi pada hari ke-3 didapatkan hasil bahwa masalah masih teratasi sebagian dengan data yang didapatkan adalah Ny. M mengatakan mau untuk duduk didepan kamar tetapi hanya sebentar, terlihat klien sedikit responsif atau tertarik pada orang lain, sedikit berminat melakukan kontak emosi dan fisik, kontak mata meningkat, kooperatif dalam bermain dan berteman dengan teman sebayanya.

### **3. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Pendengaran (SDKI D.0119 Hal 264)**

Evaluasi pada pemberian intervensi manajemen demensia pada hari ke-1 didapatkan hasil masalah belum teratasi dengan data Ny. M terlihat menunjukkan respon tidak sesuai, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, disorientasi ruang, waktu.

Evaluasi pada hari ke-2 didapatkan hasil bahwa masalah teratasi sebagian dengan data yang didapat adalah Ny. M terlihat mulai menunjukkan respon yang sesuai, sedikit memahami komunikasi, masih sulit mempertahankan komunikasi dan disorientasi ruang, waktu.

Masalah teratasi pada hari ke-3 karena tercapainya tujuan intervensi sebagai berikut, Ny. M terlihat Pasien menunjukkan respon yang sesuai, pasien memahami komunikasi, pasien dapat mempertahankan komunikasi.



## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Diagnosis Medis Hipertensi dan Masalah Keperawatan Nyeri Kronis di 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 ke leher dan tengkuk, nyerinya cekot-cekot dan hilang timbul dengan skala 5. Didapatkan hasil TTV : TD : 150/90 mmHg, RR: 20x/menit, N: 86x/menit, S: 36°C.
2. Berdasarkan analisa data didapatkan diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu nyeri kronis berhubungan dengan penekanan syaraf, gangguan interaksi sosial berhubungan dengan ketiadaan orang terdekat dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan pendengaran.
3. Perencanaan keperawatan pada Ny. M disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama tingkat nyeri menurun, interaksi sosial meningkat, komunikasi verbal meningkat.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah manajemen nyeri, promosi sosialisasi , manajemen demensia, monitor tanda-tanda vital, melakukan kolaborasi dalam pemberian obat antihipertensi.

5. Hasil evaluasi pada tanggal 24 Desember 2022, Ny. M mengatakan nyeri pada kepala sudah berkurang dan skala nyeri turun menjadi 3, Ny. M mampu mempertahankan komunikasi dengan baik, interaksi sosial pasien meningkat.

## **5.2 Saran**

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

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 untuk mengatasi nyeri, dan tetap bersosialisasi dengan sesama teman lansia.

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

- Adam, Lusiana. 2019. "Determinan Hipertensi Pada Lanjut Usia." *Jambura Health and Sport Journal* 1(2): 82–89.
- Agustina, Sri, Siska Mayang Sari, and Reni Savita. 2016. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Hipertensi Pada Lansia Di Atas Umur 65 Tahun." *Hunter-Gatherers in a Changing World* 2(01): 41–58.
- Ainurrafiq, Ainurrafiq, Risnah Risnah, and Maria Ulfa Azhar. 2019. "Terapi Non Farmakologi Dalam Pengendalian Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi: Systematic Review." *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)* 2(3): 192–99.
- Akbar, Fredy et al. 2020. "Karakteristik Hipertensi Pada Lanjut Usia Di Desa Buku (Characteristics of Hypertension in the Elderly)." *Jwk* 5(2): 2548–4702.
- Anggita, Leli. 2021. *Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo Asuhan Keperawatan Lansia Ny. S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakepatuhan Pada Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa Darungan Lumajang Oleh:*
- Astutik, Mila Febri, and Mariyam Mariyam. 2021. "Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Terapi Rendam Kaki Dengan Air Hangat." *Ners Muda* 2(1): 54.
- Bano, Godeliva Priska. 2020. "Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny. D.A Dengan Hipertensi Di Puskesmas Napan Kecamatan Bikomi." 2(1): 1–12. <http://klik.dva.gov.au/rehabilitation-library/1-introduction-rehabilitation%0Ahttp://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/as.2017.81005%0Ahttp://www.scirp.org/journal/PaperDownload.aspx?DOI=10.4236/as.2012.34066%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.pbi.201>
- Erniyawati, Ika. 2018. "Evaluasi Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Hipertensi Rawat Jalan Di Rumah Sakit Era Medika."
- Imelda, Imelda, Fidiariani Sjaaf, and Tri Puspita. 2020. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Air Dingin Lubuk Minturun." *Health & Medical Journal* 2(2): 68–77.
- Kusuma, Weny, and Sukron, Yulius Tiranda. 2021. "Terapi Komplementer Yang Berpengaruh Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pasien Hipertensi Di Indonesia." 36(4): 355–64.
- Primadewi, Kadek. 2022. "Pengaruh Terapi Relaksasi Tarik Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi Di Desa Tihingan Banjarnangkun Klungkung." *Jurnal Medika Usada* 5(1): 51–57.
- Putra, Ricky Rahmadhana, Khairani, and Sarini Vivi Yanti. 2022. "Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Hipertensi: Suatu Studi Kasus." *JIM FKep* 1: 175–83.
- Rahmawati, and Sarini Vivi Yanti. 2023. "Gambaran Kualitas Hidup Lansia

- Dengan Nyeri Kronis: Dimensi Fisik Dan Dimensi Mental.” *Jurnal Ners* 7(2): 887–90.
- Riamah. 2019. “Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Hipertensi Pada Lansia Di UPT PTSW Khusnul Khotimah.” *Menara Ilmu* 13(5): 106–13.
- Sari, Kadek Pramitha. 2017. “Perbedaan Kualitas Hidup Antara Berbagai Metode Manajemen Nyeri Pada Pasien Nyeri Kronis.” *Jurnal Psikologi* 44(2): 107.
- Sari, Maritta, and Nengke Puspita Sari. 2022. “Implementasi Brisk Walking Exercise Terhadap Penurunan Tekanan Darah Dan Nyeri Kronis Pasien Hipertensi Implementation of Brisk Walking Exercise on Lowering Blood Pressure and Chronic Pain in Hypertension Patients.” 5(2): 84–88.
- Sari, Novia Puspita. 2020. 53 *Journal of Chemical Information and Modeling Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hipertensi Yang Di Rawat Di Rumah Sakit*. [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1069/1/KTI\\_Novia\\_Puspita\\_Sari.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1069/1/KTI_Novia_Puspita_Sari.pdf).
- Sitorus, Parluhutan. 2019. “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gerontik Dengan Hipertensi Di Panti Sosial Tresna Werda (Pstw) Provinsi Bengkulu Tahun 2019.” : 1–13.
- Sofiana, Liena. 2020. “Edukasi Pencegahan Hipertensi Menuju Lansia Sehat Di Dusun Tegaltandan, Desa Banguntapan, Bantul.” *Dinamisia : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat* 4(3): 504–8.
- Sutomo, and Heti Aprilin. 2022. “Peningkatan Kemampuan Self Medication Pada Penderita Hipertensi Dengan Keluhan Nyeri Leher Belakang.” I: 27–37.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawatan Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawatan Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawatan Nasional Indonesia.

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

Nama : Dinda Ainiyya Febriyani  
Program Studi : Profesi Ners  
Tempat Tanggal Lahir : Surabaya, 15 Februari 2000  
Alamat : Bratang Perintis 7/47-F, RT.06 RW.11, Kelurahan  
Ngagelrejo, Kecamatan Wonokromo, Kota  
Surabaya, Jawa Timur  
Agama : Islam  
Email : dindaainiyya@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita, Sidoarjo – Lulus Tahun 2005
2. SDN Kebonsari 2, Surabaya – Lulus Tahun 2012
3. SMPN 36 Surabaya – Lulus Tahun 2015
4. SMA Hangtuah Surabaya – Lulus Tahun 2018

## *Lampiran 2*

### **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

#### **MOTTO**

“Cintai dan hargai diri sendiri di berbagai kegagalan dalam berproses menuju kesuksesan”

#### **PERSEMBAHAN**

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

1. Kepada ALLAH SWT, yang telah memberikan kemudahan dan kelancaran sehingga saya mampu menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
2. Kedua orang tua saya, ayah Tri Wahyudi dan Ibu Eitta Rohmanova, serta kakak Achmad Nor Cholis yang tak pernah lelah untuk selalu mendoakan saya dengan tulus ikhlas, menemani dan memotivasi saya dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir saya.
3. Teman-teman seperbimbingan saya Henri, Shania, Nur Avifah yang saling bertukar pendapat dan saling memotivasi dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
4. Teman-teman terbaik di Prodi Pendidikan Profesi Ners terima kasih atas dukungan dan semangatnya.

**Lampiran 3****Pengkajian tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (*Indeks Barthel*)**

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	5
2	Mandi	0	5	5
3	Makan	5	10	10
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	10
5	Naik/Turun Tangga	5	10	10
6	Berpakaian	5	10	10
7	Kontrol BAB	5	10	10
8	Kontrol BAK	5	10	10
9	Ambulasi	10	15	15
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	15
Jumlah		100		

0-20 : Ketergantungan Penuh

21-61 : Ketergantungan Berat

62-90 : Ketergantungan Sedang

91-99 : Ketergantungan Ringan

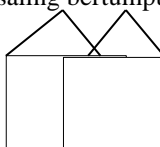
100 : Mandiri

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



**Lampiran 4**

**Pengkajian Aspek Kognitif MMSE (*Mini Mental Status Exam*)**

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun : 2022 Hari: pasien mengatakan lupa Musim : pasien mengatakan tidak tahu Bulan: pasien mengatakan lupa Tanggal : pasien mengatakan tidak tahu
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada ? Negara: Indonesia Panti : wredha Propinsi: jawa timur Wisma : tulip Kabupaten /kota : surabaya
3	Registrasi	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		Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudianskurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93    2). 86    3). 79    4). 72    5). 65
5	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9		Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut). 1). Meja 2). Kaca 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		30		

Interpretasi hasil : Dapat menjawab 4 pertanyaan dari 6 pertanyaan pada aspek kognitif orientasi,registrasi,mengingat,dan bahasa. Total nilai yang didapat 15 dengan interpretasi gangguan kognitif berat.

**Lampiran 5****Pengkajian Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questioner*)**

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

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Interpretasi hasil : bahwa dari 10 pertanyaan yang dapat di jawab dengan benar hanya 1 pertanyaan. Yang artinya intrpretasi hasilnya fungsi intelektual kerusakan berat.

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

<b>No</b>	<b>Tanggal Pemeriksaan</b>	<b>Hasil TUG (detik)</b>
<b>1</b>	20 Oktober 2022	Pasien hanya bisa mengangkat satu kaki selama 3 detik
<b>2</b>	21 Oktober 2022	Pasien jalan kaki dari tempat tidur ke pintu 20 detik
<b>3</b>		
<b>Rata-rata Waktu TUG</b>		23 detik
<b>Interpretasi Hasil</b>		<b>Resiko tinggi jatuh</b>

>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 : Memiliki hasil penilaian 23 detik dengan kategori resiko tinggi jatuh.

*Lampiran 7***Pengkajian Geriatric Depressioin Scale**

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

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

Interpretasi Hasil : bahwa klien memiliki hasil penilaian 7 dengan kategori depresi.

*Lampiran 8***Pengkajian Status Nutrisi**

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

0 – 2 : Good

3– 5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk

Interpretasi Hasil : Memiliki hasil penilaian 1 dengan status nutrisinya dengan baik

*Lampiran 9***Pengkajian Fungsi Sosial Lansia APGAR keluarga**

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

Interpretasi Hasil : Hasil penilaian 6 dengan kategori disfungsi sedang.

## Lampiran 10

## Poster Edukasi

 **PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**RELAKSASI  
NAFAS DALAM**

*It's  
TIME  
-TO-  
Relax*

Relaksasi nafas dalam berguna untuk mengatasi stres, tegang dan nyeri otot, gangguan pernafasan, serta hipertensi. Mari ikuti langkah-langkah berikut ini!

- 1. POSISIKAN BADAN SENYAMAN MUNGKIN**  
agar lebih rileks dan tanpa beban fisik bayangkan hal yang menyenangkan dengan mata terpejam
- 2. TARIK NAFAS SEDALAM-DALAMNYA**  
Tarik nafas sedalam-dalamnya melalui hidung hingga rongga paru-paru terisi penuh dan menahan nafas 4-5 detik
- 3. HEMBUSKAN NAFAS SECARA PERLAHAN**  
Hembuskan nafas secara perlahan melalui mulut. Pada waktu yang bersamaan pusatkan perhatian pada sensasi rileks yang dirasakan. Lakukan sebanyak 5-10 kali sampai merasa rileks
- 4. MELAKUKAN KEMBALI**  
Setelah merasakan ketenangan atau rileks, lakukan hal ini secara mandiri tanpa bantuan orang lain dan ulangi teknik-teknik yang telah diajarkan saat rasa nyeri kembali

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