

**KARYA ILMIAH AKHIR**

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



**Oleh :**

**ALIFIA AGUS KURNIA PUTRI, S.,Kep.**

**NIM. 2130099**

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

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

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
gelar Ners (Ns)**



Oleh :

**ALIFIA AGUS KURNIA PUTRI, S.,Kep.**

**NIM. 2130099**

**PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

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

Surabaya, 7 Juli 2022

penulis



**ALIFIA AGUS KURNIA PUTRI., S.Kep.**  
**NIM. 2130099**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : **ALIFIA AGUS KURNIA PUTRI**  
NIM : **2130099**  
Program Studi : **PENDIDIKAN PROFESI NERS**  
Judul : **Asuhan Keperawatan Geronrik Pada Ny.S dengan  
diagnose Hipertensi di UPTD Griya Wreda  
Surabaya**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar “NERS (NS)” pada program studi pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

**NERS (Ns)**

**Pembimbing 1**



**Dini Mei W., S.Kep., Ns., M.Kep**

**NIP.03003**

**Pembimbing 2**



**Ajeng Nawang Wulan, S.Kep.,Ns**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Alifia Agus Kurnia Putri, S.Kep.

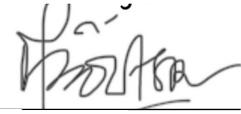
NIM : 2130099

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny S dengan Hipertensi  
Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang  
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar “NERS (NS)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes  
Hang Tuah Surabaya.

**Penguji Ketua : Dhian Satya R, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 03003**



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



**Penguji II : : Ajeng Nawang Wulan, S.Kep.,Ns**



**Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus S, S.Kep.,Ns.M.Kep  
NIP. 03009**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Profesi Ners.

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

1. Laksamana Pertama (Purn), Dr. A.V. Suhardiningsih S.Kp.,M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
2. Didik Dwi Winarno, S.Kep.,NsM.KKK selaku ketua di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah ini.

3. Ibu Dr. Hidayatus S, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku kepala program pendidikan profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia
4. Ibu Dini Mei W, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku pembimbing 1 dan Ibu Ajeng Nawang Wulan, S.Kep.,Ns selaku Pembimbing 2, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini..
5. Bapak dan ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan ilmu untuk penulis melalui materi – materi selama perkuliahan yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan, maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Juli 2021

## DAFTAR ISI

Cover .....	i
Halaman Judul .....	ii
Surat Pernyataan .....	iii
Halaman Persetujuan .....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Gambar .....	xii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Karya Ilmiah .....	5
1.5 Metode Penulisan .....	5
1.6 Sistematikan 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 Batasan Lanjut Usia .....	7
2.1.3 Tugas Perkembangan Lansia.....	9
2.1.4 Proses Menua .....	9
2.1.5 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia .....	13
2.1.6 Masalah Yang Terjadi Pada Lansia.....	16

2.2	Konsep Hipertensi .....	19
2.2.1	Definisi Hipertensi .....	19
2.2.2	Epidemiologi .....	21
2.2.3	Klasifikasi.....	22
2.2.4	Etiologi .....	23
2.2.5	Manifestasi Klinis .....	26
2.2.6	Patofisiologi .....	27
2.2.7	WOC.....	28
2.2.8	Komplikasi .....	29
2.2.9	Pemeriksaan Penunjang.....	30
2.2.10	Penatalaksanaan .....	32
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan .....	34
2.3.1	Pengkajian Keperawatan .....	38
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	38
2.3.3	Intervensi Keperawatan.....	38
<b>BAB 3 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>		<b>23</b>
3.1	Pengkajian .....	45
3.1.1	Data Dasar .....	45
3.1.2	Keluhan Utama.....	45
3.1.3	Riwayat Penyakit Lampau .....	45
3.1.4	Perubahan Terkait Proses Menua .....	46
3.1.5	Protensi Pertumbuhan Psikososial .....	49
3.1.6	Negative Functional Consequences.....	50
3.1.7	Pengkajian Perilaku Sosial .....	52
3.1.8	Analisa Data .....	53
3.1.9	Prioritas Masalah Keperawatan.....	55
3.1.10	Intervensi Keperawatan.....	56
3.1.11	Implementasi Keperawatan .....	59
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>		<b>40</b>
4.1	Pengkajian .....	69

4.1.1	Identitas .....	69
4.1.2	Riwayat .....	70
4.1.3	Pemeriksaan Fisik .....	71
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	75
4.3	Intervensi Keperawatan.....	77
4.4	Implementasi Keperawatan .....	80
4.5	Evaluasi Keperawatan .....	82
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>		<b>84</b>
5.1	Simpulan.....	84
5.2	Saran.....	85

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Orang Dewasa .....	37
Table 2.2 Intervensi Perfusi Perifer Tidak Efektif.....	52
Table 2.3 Intervensi Pola Nafas Tidak Efektif.....	52
Table 2.4 Intervensi Gangguan Rasa Nyaman.....	53
Table 2.5 Intervensi Gangguan Pola Tidur.....	53
Table 2.6 Intervensi Intoleransi Aktivitas.....	54
Table 2.7 Defisit Pengetahuan.....	54
Table 3.2 Analisa Data.....	55
Table 3.3 Prioritas Masalah Keperawatan.....	55
Table 3.4 Intervensi Keperawatan.....	56
Table 3.5 Emplementasi Keperawatan.....	58

## DAFTAR GAMBAR

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Lansia atau lanjut usia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas (Kemenkes RI, 2019). Lansia lebih memiliki risiko atau memungkinkan untuk mengalami berbagai penyakit khususnya penyakit degeneratif jika dibandingkan dengan usia muda. Penyakit degeneratif merupakan penyakit kronik menahun yang banyak mempengaruhi kualitas hidup serta produktivitas seseorang. Salah satu penyakit degeneratif pada lansia yang sering timbul tanpa gejala adalah hipertensi (369). Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus-menerus lebih dari suatu periode. Menurut WHO, batasan tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 130/90 mmHg, sedangkan tekanan darah  $\geq 160/95$  mmHg dinyatakan sebagai Hipertensi. Tekanan darah di antara normotensi dan Hipertensi disebut *borderline hypertension* (Garis Batas Hipertensi). Batasan WHO tersebut tidak membedakan usia dan jenis kelamin (Adam, 2019)

Menurut data WHO, di seluruh dunia sekitar 972 juta orang atau 26,4% orang di seluruh dunia mengidap hipertensi, angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Dari 972 juta pengidap hipertensi, 333 juta berada di negara maju dan 639 sisanya berada di negara berkembang, termasuk Indonesia (Yonata, 2016). Penyakit terbanyak pada usia lanjut berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 adalah hipertensi. dengan prevalensi 45,9% pada usia 55-64 tahun,

57,6% pada usia 65,74% dan 63,8% pada usia  $\geq 75$  tahun (Infodatin Kemenkes RI, 2016). Menurut data Riskesdas Provinsi Jawa Timur prevalensi penyakit hipertensi mencapai 26,2%. Prevalensi penyakit hipertensi tertinggi terdapat pada kelompok usia  $\geq 75$  tahun yaitu 62,4%. Prevalensi hipertensi di kota Surabaya mencapai 22,0% (Z and R, 2017). Sebuah penelitian menunjukkan bahwa menurut hasil survey pendahuluan yang di lakukan di UPTD Griya Wreda Kota Surabaya didapatkan jumlah kasus penyakit degeneratif tertinggi menurut data angka kesakitan adalah hipertensi dengan jumlah kasus sebanyak 37 orang dari 120 lansia di UPTD. Griya Werdha Kota Surabaya (Safitri & Ismawati, 2018). Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada bulan Januari 2022 di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya didapatkan jumlah kasus berdasarkan diagnosa penyakit yang terbanyak diderita selama 3 bulan terakhir adalah penyakit hipertensi dengan jumlah kasus 79 orang dari 160 lansia.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi dibagi dalam dua kelompok besar yaitu faktor yang melekat atau tidak dapat diubah seperti jenis kelamin, umur, genetik dan faktor yang dapat diubah seperti pola makan, kebiasaan olah raga dan lain-lain. Untuk terjadinya hipertensi perlu peran faktor risiko tersebut secara bersama - sama (common underlying risk factor), dengan kata lain satu faktor risiko saja belum cukup menyebabkan timbulnya hipertensi (Depkes RI, 2013). Menurut Yundini (2016) saat ini terdapat kecenderungan pada masyarakat lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan masyarakat pedesaan. Hal ini antara lain dihubungkan dengan adanya gaya hidup masyarakat kota yang berhubungan dengan

risiko hipertensi seperti stress, obesitas (kegemukan), kurangnya olah raga, merokok, alkohol, dan makan makanan yang tinggi kadar lemaknya. Perubahan gaya hidup seperti perubahan pola makan menjurus ke sajian siap santap yang mengandung banyak lemak, protein, dan garam tinggi tetapi rendah serat pangan, membawa konsekuensi sebagai salah satu faktor berkembangnya penyakit degeneratif seperti hipertensi. (Arif and Hartinah, 2013)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pola makan dapat memberikan pengaruh terhadap angka kejadian hipertensi. Menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pola makan terhadap kejadian hipertensi . Penelitian lain menunjukkan terdapat hubungan antara pola makan (jenis makanan) dan kejadian hipertensi pada lansia . Pola makan yang tidak terkontrol dapat meningkatkan tekanan darah seperti kebiasaan mengkonsumsi makanan berlemak terutama pada asupan lemak jenuh dan kolesterol. Hal ini harus menjadi fokus intervensi pihak terkait mengingat perilaku masyarakat dewasa ini telah bergeser ke konsumsi makanan yang serba instan, tidak terkecuali pada kelompok umur lansia yang sangat rentan terhadap risiko penyakit hipertensi. (Akbar *et al.*, 2021)

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan ini maka penulis melakukan kajian asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa anemia di UPTD Griya Wreda Surabaya dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut. “Bagaimana asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa Hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Tujuan umum dari karya tulis ini adalah mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji lansia dengan diagnosa hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada lansia dengan diagnosa hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya
3. Melaksanakan asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya.
4. Mengevaluasi lansia dengan diagnosa hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya
5. Mendokumentasikan asuhan keperawatan lansia dengan diagnosa hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya
6. Membahas asuhan keperawatan lansia dengan diagnosa hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya

## **1.4 Manfaat karya ilmiah**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil studi kasus ini memberikan informasi terbaru bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi

Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1. Bagi pelayanan kesehatan keperawatan di panti griya werdha  
Hasil studi kasus ini, dapat menjadi acuan bagi pelayanan di panti griya werdha agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada hipertensi dengan baik.
2. Bagi peneliti  
Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu referensi bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa hipertensi.
3. Bagi profesi kesehatan  
Sebagai riset keperawatan tentang studi kasus dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi

## **1.5 Metode Penulisan**

### **a. Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses

keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **b. Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data dikumpulkan melalui rekam medis maupun tim kesehatan lainnya

2. Observasi

Data diperoleh secara langsung melalui pengamatan terhadap reaksi dan sikap lansia yang diamati.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, TTV, yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### **c. Sumber Data**

1. Data Primer

Data yang diperoleh langsung dari anak, baik berupa observasi maupun pemeriksaan fisik

2. Data sekunder

Data yang diperoleh dari rekam medik perawat, hasil – hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

### **d. Studi Kepustakaan**

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

## 1.6 Sistematika penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini , secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

- a. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.
- b. Bagian inti, terdiri dari lima bab, masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : pendahuluan, berisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat, Penelitian dan sistematika Penulisan studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan hipertensi serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, bab ini berisi tentang perbandingan antara teori dan fakta yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, bab ini berisi tentang simpulan dan saran

- c. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi: 1) Konsep Lansia, 2) Konsep Hipertensi, 3) Konsep Asuhan Keperawatan

#### **2.1 Konsep Lansia**

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

Lansia merupakan seseorang yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupan. Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan dasar kehidupan manusia (Keliat, Budi Anna, 1999 dalam Maryam Siti, dkk, 2008). Lansia atau menua merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang menyebabkan penyakit degenerative misal, hipertensi, arteriosklerosis, diabetes mellitus dan kanker (Nurrahmani, 2012). Undang-Undang No 13 Tahun 1998 dikenal dengan nama lansia yang sudah berusia lebih dari 60 tahun (Dian Kusumawardhani, 2018)

##### **2.1.2 Batasan Lanjut Usia**

Kelompok umur lansia memiliki ketentuan umur menurut beberapa sumber. Batasan usia menurut WHO dalam (M . Sumarni, 2018) meliputi :

1. Usia pertengahan (*Middle Age*) 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*Elderly*) 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (*Old*) 75–90 tahun

4. Usia sangat tua (*Very Old*) di atas 90 tahun.

Sedangkan dari sumber lain mengemukakan ada empat tahap lanjut usia menurut Setyonegoro dalam (Naftali, Ranimpi, & Anwar, 2017) lanjut usia (*Geriatric Age*) dibagi menjadi 3 batasan umur meliputi :

1. *Young Old* (usia 70-75 tahun)
2. *Old* (usia 75-80 tahun)
3. *Very Old* (usia > 80 tahun)

### **2.1.3 Tugas Perkembangan Lansia**

Menurut Hurlock dalam (Prawitasari, 2016) tugas perkembangan lansia lebih banyak berkaitan dengan kehidupan pribadi seseorang daripada kehidupan orang lain. Adapun tugas perkembangan lansia adalah:

1. Menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan fisik dan kesehatan.
2. Menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya income (penghasilan) keluarga.
3. Menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup.
4. Membentuk hubungan dengan orang-orang seusia.
5. Membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan.
6. Memerankan dengan peran sosial secara luwes.

### **2.1.4 Proses Menua**

Pada hakekatnya menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu masa anak, masa dewasa dan masa tua, tiga tahap ini berbeda baik secara biologis maupun psikologis, dan

pada tahap lanjut usia terjadi penurunan fungsi tubuh, penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf, jaringan tubuh dan kemampuan regeneratif pada lansia terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit menurut (Siti nur Kholifa, 2016) Adapun klasifikasi teori menua antara lain :

1. Teori Biologi

a. Teori genetik dan mutasi (*Somatic Mutatie Theory*)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul atau DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

Sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel-sel kelamin (terjadi penurunan kemampuan fungsional sel).

b. Pemakaian dan rusak

Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah (rusak)

c. Reaksi dari kekebalan sendiri (*Auto Immune Theory*) Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

d. Teori “*immunology slow virus*” (*Immunology Slow Virus Theory*)

Sistem immune menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

e. Teori Stress

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

f. Teori Radikal Bebas

Radikal bebas dapat terbentuk dalam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini dapat menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

2. Teori Kejiwaan Sosial

a. Aktivitas atau kegiatan (*Activity Theory*)

Lansia mengalami penurunan jumlah kegiatan yang dapat dilakukannya. Teori ini menyatakan bahwa lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

b. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lansia

Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia.

c. Kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lansia. Teori ini merupakan gabungan dari teori diatas. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimiliki.

d. Teori pembebasan (*Disengagement Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yakni :

- 1). Kehilangan peran
- 2). Hambatan kontak sosial
- 3). Berkurangnya kontak komitmen

3. Teori Psikologis

a. Aktivitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

Seseorang yang dimasa mudanya aktif dan terus memelihara keaktifannya setelah menua. Sense of integrity yang dibangun dimasa mudanya tetap terpelihara sampai tua. Teori ini menyatakan bahwa pada lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

b. Kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lansia. Identity pada lansia yang sudah mantap memudahkan dalam memelihara hubungan dengan masyarakat, melibatkan diri dengan masalah di masyarakat, keluarga dan hubungan interpersonal.

c. Teori Pembebasan (*Disengagement Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara pelan tetapi pasti mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya.

### **2.1.5 Perubahan Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia**

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, perubahan mental dan perubahan psikososial menurut (Sya'diyah, 2018) sebagai berikut :

1. Perubahan Fisik

- a. Sel: Jumlahnya menjadi sedikit, ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intra seluler.
- b. Persarafan: Cepatnya menurun hubungan persarafan, lambat dalam respon waktu untuk meraksi, mengecilnya saraf panca indra sistem pendengaran, presbiakusis, atrofi membran timpani, terjadinya pengumpulan serum karena meningkatnya keratin.

- c. Sistem penglihatan: Pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinaps, kornea lebih berbentuk speris, lensa keruh, meningkatnya ambang pengamatan sinar, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang.
- d. Sistem Kardiovaskuler: Katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1 % setiap tahun setelah berumur 20 tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meninggi.
- e. Sistem respirasi: Otot-otot pernafasan menjadi kaku sehingga menyebabkan menurunnya aktivitas silia. Paru kehilangan elastisitasnya sehingga kapasitas residu meningkat, nafas berat. Kedalaman pernafasan menurun.
- f. Sistem gastrointestinal: Kehilangan gigi, sehingga menyebabkan gizi buruk, indera pengecap menurun karena adanya iritasi selaput lendir dan atropi indera pengecap sampai 80%, kemudian hilangnya sensitifitas saraf pengecap untuk rasa manis dan asin.
- g. Sistem genitourinaria: Ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi sehingga aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, GFR menurun sampai 50%. Nilai ambang ginjal terhadap glukosa menjadi meningkat. Vesika urinaria, otot-ototnya menjadi melemah, kapasitasnya menurun sampai 200 cc sehingga vesika urinaria sulit diturunkan pada pria lansia yang akan berakibat retensia urine.

Pembesaran prostat, 75% dialami oleh pria diatas 55 tahun. Pada vulva terjadi atropi sedang vagina terjadi selaput lendir kering, elastisitas jaringan menurun, sekresi berkurang dan menjadi alkali.

- h. Sistem endokrin: Pada sistem endokrin hampir semua produksi hormon menurun, sedangkan fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, aktivitas tiroid menurun sehingga menurunkan *basal metabolisme rate* (BMR). Produksi sel kelamin menurun seperti: progesteron, estrogen dan testosteroe.
- i. Sistem integumen: Pada kulit menjadi keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kepala dan rambut menipis menjadi kelabu, sedangkan rambut dalam telinga dan hidung menebal. Kuku menjadi keras dan rapuh.
- j. Sistem muskuloskeletal: Tulang kehilangan densitasnya dan makin rapuh menjadi kiposis, tinggi badan menjadi berkurang yang disebut discusine vertebralis menipis, tendon mengkerut dan atropi serabut erabit otot, sehingga lansia menjadi lamban bergerak, otot kram, dan tremor.

## 2. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah :

- a. Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
  - 1) Kesehatan umum
  - 2) Tingkat pendidikan
  - 3) Keturunan

4) Lingkungan

b. Kenangan memori ada 2 :

- 1) Kenangan jangka panjang, berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu
- 2) Kenangan jangka pendek : 0-10 menit, kenangan buruk

c. *Intelegentia Question* :

- 1) Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal
- 2) Berkurangnya penampilan, persepsi dan keterampilan psikomotor terjadi perubahan pada daya membayangkan, karena tekanan-tekanan dari factor waktu.

3. Perubahan-Perubahan Psikososial

- a. Pensiun: nilai seorang diukur oleh produktivitasnya, identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan.
- b. Merasakan atau sadar akan kematian.
- c. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.

### **2.1.6 Masalah Yang Sering Terjadi Pada Lansia**

Masalah yang sering menyertai lansia menurut (Sya'diyah, 2018)

yaitu :

1. ketidakberdayaan fisik yang mneyebabkan ktergantungan pada orang lain.

2. ketidakpastian ekonomi sehingga memerlukan perubahan total dalam pola hidupnya.
3. membuat teman baru untuk mendapatkan ganti mereka yang telah meninggal atau pindah
4. mengembangkan aktifitas baru untuk mengisi waktu luang yang bertambah banyak
5. belajar memperlakukan anak-anak yang telah tumbuh dewasa.

Selain itu masalah yang sering terjadi pada lansia antara lain:

1. Masalah Gizi
  - a. Gizi berlebihan kebiasaan makan banyak pada masa muda menyebabkan berat badan berlebihan, apalagi lansia penggunaan kalori berkurang karena berkurangnya aktifitas fisik. Kebiasaan makan tersebut sukar diubah walaupun disadari untuk mengurangi makan. Kegemukan yaitu salah satu pencetus berbagai penyakit, misalnya penyakit jantung, diabetes melitus, penyempitan pembuluh darah, dan tekanan darah tinggi (Sya'diyah, 2018)
  - b. Gizi Kurang hal ini disebabkan oleh masalah-masalah sosial ekonomi dan juga karena gangguan penyakit. konsumsi kalori terlalu rendah dari yang dibutuhkan menyebabkan berat badan berkurang dari normal, disertai kekurangan protein menyebabkan kerusakan sel seperti rambut rontok, tahan terhadap penyakit menurun kemungkinan mudah infeksi pada organ organ tubuh (Sya'diyah, 2018)
  - c. kekurangan vitamin

## 2. Risiko cedera (Jatuh)

a. faktor risiko internal gangguan penglihatan, gangguan adaptasi gelap, infeksi telinga, obat golongan Aminoglikosida, vertigo, pengapuran vertebra servikal, gangguan aliran darah otak, artritis, lemah otot tungkai, hipotensi postural, pneumonia, penyakit sistemik (ISK, gagal jantung, dehidrasi, diabetes melitus, hipoglikemia).

### b. Faktor risiko eksternal

Turun tangga, benda0benda yang harus dilangkahi, lantai licin, kain atau celana terlalu panjang, penerangan kurang, tempat tidur terlalu tinggi atau terlalu rendah, kursi roda tridak terkunci, kamar mandi jauh dari kamar, toilet terlalu rendah.

### c. Tindakan

- 1) identifikasi faktor risiko
- 2) perhatikan kelainan cara berjalan/duduk
- 3) rombreg test
- 4) uji keseimbangan sederhana
- 5) modifikasi faktor risiko internal

(Sya'diyah, 2018)

## 3. Delirium

Penyebab delirium dapat dikarenakan oleh stroke, tumor otak, pneumonia, ISK, dehidrasi, diare, hiper/hipoglikemia, hipoksia dan putus obat. Gejala yang muncul yaitu kurang perhatian, gelisah,

gangguan pola tidur, murung, perubahan kesadaran, disorientasi, halusinasi, sulit konsentrasi, sangat mudah lupa, hipo/hiperaktif. Hal yang perlu diperhatikan oleh perawat pada lansia delirium yaitu sakit kepala/pusing, keluhan penglihatan, atasi batuk pilek, meriang. Identifikasi serta konsulkan lebuh lanjut bila memiliki keluhan berkemih, nafsu makan berkurang, muntah berak, mual, berkeringat dingin, pingsan sesaat (Sya'diyah, 2018)

#### 4. Immobilisasi

Faktor risiko meliputi osteoporosis, fraktur, stroke, demensia, vertigo, PPOK, hipotroid, gangguan penglihatan, hipotensi postural, anemia, nyeri, lemah otot, keterbatasan ruang lingkup gerak sendi, dan sesak nafas (Sya'diyah, 2018)

#### 5. Hipertensi

hipertensi menjadi masalah pada lansia karena sring ditemukan dan menjadi faktor utama stroke, payah jantung, penyakit jantung koroner (Sya'diyah, 2018)

## **2.2 Konsep Hipertensi**

### **2.2.1 Definisi Hipertensi**

Hipertensi adalah kelainan sistem sirkulasi darah yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah diatas nilai normal atau tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg (Kemenkes.RI, 2014). Hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan

meningkatnya risiko terhadap stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan (Aisyiyah Nur Farida, 2015)

Menurut American Heart Association (AHA), penduduk Amerika yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi merupakan silent killer dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala penyakit hipertensi adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, mumet (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah Ielah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan (kemenkes RI, 2017) .

Hipertensi adalah peningkatan abnormal pada tekanan sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik 120 mmHg. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten, di mana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi lansia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Menurut WHO 1996, batasan tekanan darah normal orang dewasa adalah maksimum 140/90 mmHg. Apabila tekanan darah seseorang di atas angka tersebut pada beberapa kali pengukuran di waktu yang berbeda, orang tersebut bisa dikatakan menderita hipertensi. Penderita hipertensi memiliki resiko lebih besar untuk mendapatkan serangan jantung dan stroke (Suwarsa, 2016).

### 2.2.2 Epidemiologi

Secara global prevalensi tertinggi peningkatan tekanan darah usia  $\geq 18$  tahun pada tahun 2014 terdapat di Afrika sebesar 30% dan terendah terdapat di Amerika yaitu sebesar 18%. Di kawasan Asia Tenggara, Indonesia menduduki peringkat ke-6 dengan prevalensi hipertensi sebesar 24% setelah Bhutan (27,7%), Timor Leste (26%), Nepal (25,9%), India (25,9%) dan Bangladesh (25,1%), sedangkan prevalensi hipertensi terendah yaitu Srilanka sebesar 21,6%) (WHO, 2015). Prevalensi hipertensi tertinggi di Indonesia berdasarkan pengukuran pada umur  $\geq 18$  tahun menurut hasil Riskesdas 2013 terdapat di Bangka Belitung (30,9%) dan prevalensi kejadian hipertensi terendah terjadi di Papua (16,8%). Dilihat secara Nasional prevalensi kejadian hipertensi pada tahun 2013 di provinsi Bali sebesar 19,9% (kemenkes RI, 2017).

Epidemiologi hipertensi berdasarkan orang dapat diklasifikasikan menurut umur, jenis kelamin dan riwayat keluarga. Semakin tinggi umur maka prevalensi hipertensi akan cenderung meningkat (Kemenkes RI, 2013). Prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan wawancara (apakah pernah didiagnosis tenaga kesehatan dan minum obat hipertensi) mengalami peningkatan yaitu dari 7,6% pada tahun 2007 menjadi 9,5% pada tahun 2013 (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Tingginya penderita Hipertensi diperkirakan sebesar 15 juta bangsa Indonesia tetapi hanya 4% yang merupakan controlled hypertension.

Sebagai gambaran umum masalah hipertensi sebagai berikut :

1. Prevalensi 6-15% pada orang dewasa sebagai suatu proses degeneratif hipertensi tentu hanya ditemukan pada golongan dewasa. Sebagai suatu proses degenerative hipertensi hanya ditemukan pada golongan dewasa. Ditemukan peningkatan prevalensi menurut peningkatan usia.
2. Hampir 50% penderita tidak menyadari gejala hipertensi sehingga mereka berpotensi untuk menderita hipertensi yang lebih berat karena tidak menjaga pola makan dan menghindari faktor risiko.
3. Sebanyak 70% adalah hipertensi ringan, karena itu hipertensi banyak terabaikan sampai menjadi ganas ( Hipertensi maligna).
4. Sebanyak 90% hipertensi esensial, yaitu hipertensi yang tidak diketahui dengan jelas penyebabnya, dalam artian sulit untuk mencari bentuk intervensi dan pengobatannya.

### **2.2.3 Klasifikasi**

Klasifikasi tekanan darah menurut Laporan *La hipertensión arterial en niños y adolescentes a examen: implicaciones clínicas de las diferencias entre la Guía Europea y la Americana* (Lurbe i Ferrer, 2018)

**Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Orang Dewasa Berusia 13 Tahun Ke Atas**

<b>Klasifikasi Tekanan Darah Orang Dewasa Berusia 13 Tahun Ke Atas</b>		
Kategori	Sistolik, mmHg	Diastolik, mmHg
Normal	<130	<85
Normal tinggi	130-139	85-89
<b>Hipertensi</b>		
Stadium 1 (ringan)	140-159	90-99
Stadium 2 (sedang)	160-179	100-109
Stadium 3 (berat)	180-209	110-119
Stadium 4 (sangat berat)	≥210	≥120

Klasifikasi menurut (Sya'diyah, 2018) hipertensi pada lanjut usia dibedakan atas :

1. Hipertensi pada tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih dari 90 mmHg.
2. Hipertensi sistolik terisolasi : tekanan sistolik lebih besar dari 190 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

#### **2.2.4 Etiologi**

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi dua golongan :

1. Hipertensi Esensial

Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak

(inaktivitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi (kemenkes RI, 2017).

## 2. Hipertensi Sekunder

Prevalensi hipertensi sekunder sekitar 5-8% dari seluruh penderita hipertensi. Penyebab hipertensi sekunder yaitu ginjal (hipertensi renal), penyakit endokrin dan obat.

Penyebab hipertensi pada lanjut usia dikarenakan terjadinya perubahan-perubahan pada; elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, sehingga kontraksi dan volumenya pun ikut menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah karena kurang efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigen, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Brunner & Suddarth, 2017)

Meskipun hipertensi primer belum diketahui pasti penyebabnya, namun beberapa data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan hipertensi, yaitu:

1. Faktor Keturunan: Jika seseorang memiliki orang-tua atau saudara yang memiliki tekanan darah tinggi, maka kemungkinan ia menderita tekanan darah tinggi lebih besar. Statistik menunjukkan bahwa masalah tekanan darah tinggi lebih tinggi pada kembar identik daripada yang kembar tidak identik. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa ada bukti gen yang diturunkan untuk masalah tekanan darah tinggi. Faktor genetik tampaknya

bersifat multifaktorial akibat defek pada beberapa gen yang berperan pada pengaturan tekanan darah.

2. Ciri Perseorangan: Usia; penelitian menunjukkan bahwa seraya usia seseorang bertambah, tekanan darah pun akan meningkat. Anda tidak dapat mengharapkan bahwa tekanan darah anda saat muda akan sama ketika anda bertambah tua. Namun anda dapat mengendalikan agar jangan melewati batas atas yang normal. Jenis kelamin; laki - laki lebih mudah terkena hipertensi dari pada perempuan. Ras; ras kulit hitam lebih banyak terkena hipertensi daripada ras kulit putih.
3. Kebiasaan Hidup:
  - a. Konsumsi garam tinggi (lebih dari 30 gram); garam dapat meningkatkan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang, khususnya bagi penderita diabetes, penderita hipertensi ringan, orang dengan usia tua, dan mereka yang berkulit hitam.
  - b. Makan berlebihan (kegemukan); orang yang memiliki berat badan di atas 30 persen berat badan ideal, memiliki kemungkinan lebih besar menderita tekanan darah tinggi. Kandungan lemak yang berlebih dalam darah Anda, dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah. Hal ini dapat membuat pembuluh darah menyempit dan akibatnya tekanan darah akan meningkat.
  - c. Stres; stres dan kondisi emosi yang tidak stabil juga dapat memicu tekanan darah tinggi.

- d. Merokok; merokok juga dapat meningkatkan tekanan darah menjadi tinggi. Kebiasaan merokok dapat meningkatkan risiko diabetes, serangan jantung dan stroke. Karena itu, kebiasaan merokok yang terus dilanjutkan ketika memiliki tekanan darah tinggi, merupakan kombinasi yang sangat berbahaya yang akan memicu penyakitpenyakit yang berkaitan dengan jantung dan darah.
- e. Alkohol; konsumsi alkohol secara berlebihan juga menyebabkan tekanan darah tinggi. Minum obat - obatan (aphidrine, prednison, epinefrin). Sedangkan penyebab hipertensi sekunder adalah; lesi pada arteri renalis, displasia fibrovaskular, kerusakan ginjal/kelainan ginjal, kelainan endokrin, kerusakan saraf, *sleepapnea*, *drug - induced* atau *drug-related hypertension*, penyakit ginjal kronik, aldosteronisme primer, penyakit renovaskular, terapi steroid jangka lama dan sindrom *Cushing*, feokromositoma, koarktasio aorta, dan penyakit thyroid atau parathyroid (Brunner & Suddarth, 2017).

### **2.2.5 Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala klinis pada klien dengan hipertensi adalah:

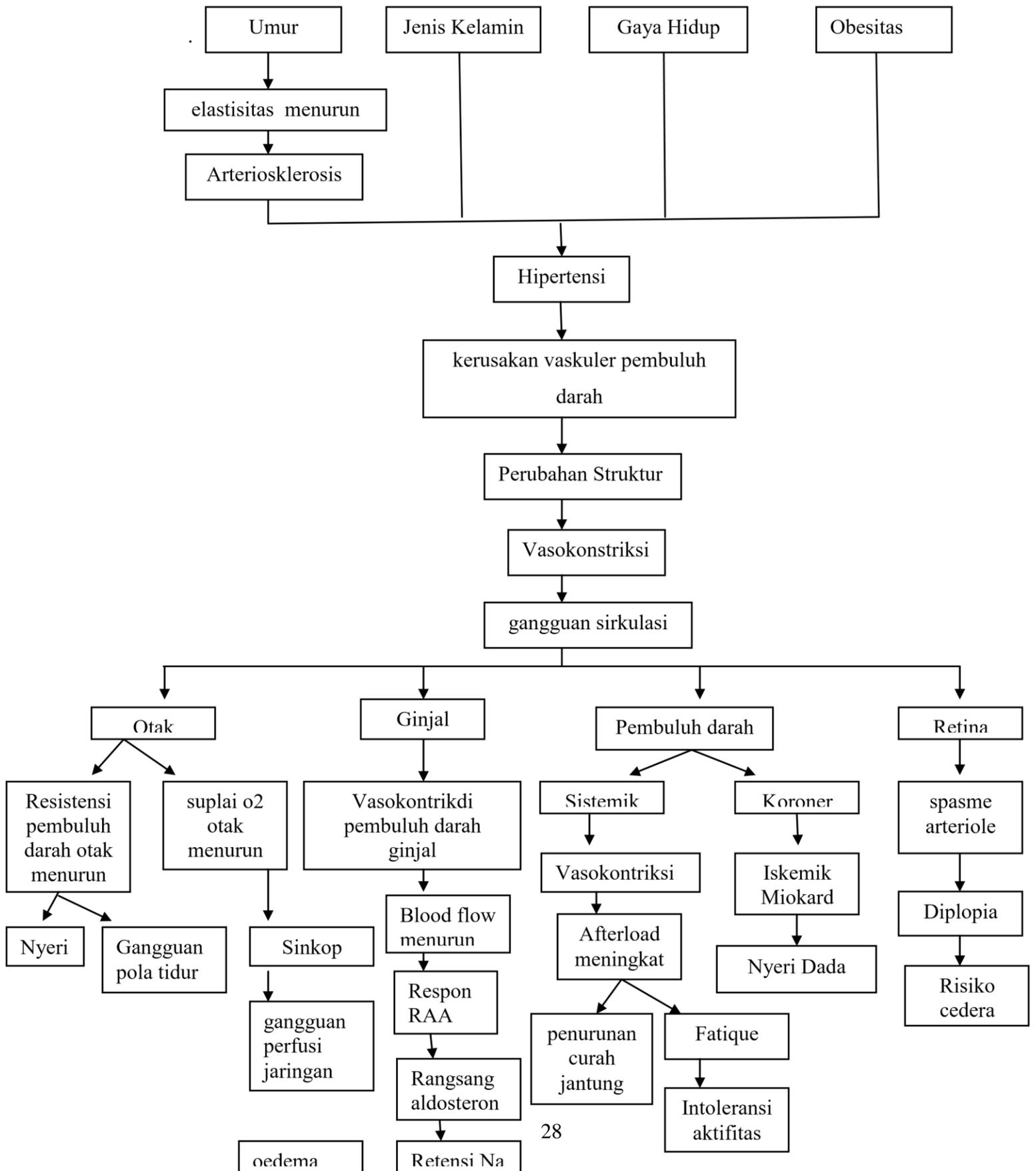
- a. Peningkatan tekanan darah > 140/90 mmHg
- b. Sakit kepala
- c. Pusing/migrain
- d. Rasa berat ditengkuk

- e. Penyempitan pembuluh darah
- f. Sukar tidur
- g. Kelemahan
- h. Nokturia
- i. Azotemia
- j. Sulit bernafas saat beraktivitas

### **2.2.6 Patofisiologi**

Kerja jantung terutama ditentukan oleh besarnya curah jantung dan tahanan perifer. Curah jantung pada penderita hipertensi umumnya normal. Kelainannya terutama pada peninggian tahanan perifer. Kenaikan tahanan perifer ini disebabkan karena vasokonstriksi arteriol akibat naiknya tonus otot polos pembuluh darah tersebut. Jika hipertensi sudah berjalan cukup lama maka akan dijumpai perubahan-perubahan structural pada pembuluh darah arteriol berupa penebalan tunika interna dan hipertropi tunika media. Dengan adanya hipertropi dan hiperpasi, maka sirkulasi darah dalam otot jantung tidak mencukupi lagi sehingga terjadi anoksia relative. Keadaan ini dapat diperkuat dengan adanya sclerosis coroner menurut (Sya'diyah, 2018)

**2.2.7 Web of caution**



### 2.2.8 Komplikasi

Komplikasi hipertensi menurut Triyanto (2014) adalah :

a. Penyakit jantung

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

b. 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 membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema.

c. Otak

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

d. Mata

Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.

e. Kerusakan pada pembuluh darah arteri

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

### **2.2.9 Pemeriksaan Penunjang**

1 Hemoglobin / hematokrit

Untuk mengkaji hubungan dari sel – sel terhadap volume cairan ( viskositas ) dan dapat mengindikasikan factor – factor resiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.

2 BUN

Memberikan informasi tentang perfusi ginjal Glukosa Hiperglikemi (diabetes mellitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan katekolamin (meningkatkan hipertensi)

3 Kalium serum

Hipokalemia dapat megindikasikan adanya aldosteron utama ( penyebab ) atau menjadi efek samping terapi diuretik.

4 Kalsium serum

Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi

5 Kolesterol dan trigliserid serum

Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk / adanya pembentukan plak ateromatosa ( efek kardiovaskuler )

6 Pemeriksaan tiroid

Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi

- 7 Kadar aldosteron urin/serum  
Untuk mengkaji aldosteronisme primer ( penyebab )
- 8 Urinalisa  
Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.
- 9 Asam urat  
Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
- 10 Steroid urin  
Kenaiakn dapat mengindikasikan hiperadrenalisme
- 11 IVP  
Dapat mengidentifikasi penyebab hieprtensiseperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter
- 12 Foto dada  
Menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katub, perbesaran jantung
- 13 CT scan  
Untuk mengkaji tumor serebral, ensefalopati
- 14 EKG  
Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

### 2.2.10 Penatalaksanaan

1. Non farmakologis Menjalani pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah, dan secara umum sangat menguntungkan dalam menurunkan risiko permasalahan

kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal, yang harus dijalani setidaknya selama 4 – 6 bulan. Bila setelah jangka waktu tersebut, tidak didapatkan penurunan tekanan darah yang diharapkan atau didapatkan faktor risiko kardiovaskular yang lain, maka sangat dianjurkan untuk memulai terapi farmakologi (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015).

Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan oleh banyak guidelines adalah :

- a. Penurunan berat badan. Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan manfaat yang lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes dan dislipidemia.
- b. Mengurangi asupan garam. Dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gr/ hari
- c. Olah raga. Olah raga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30 – 60 menit/ hari, minimal 3 hari/ minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah.

- d. Mengurangi konsumsi alkohol. konsumsi alcohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah.
  - e. Berhenti merokok.
2. Terapi farmakologi Secara umum, terapi farmakologi pada hipertensi dimulai bila pada pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada pasien dengan hipertensi derajat  $\geq 2$ .
- a. Beberapa prinsip dasar terapi farmakologi yang perlu diperhatikan untuk menjaga kepatuhan dan meminimalisasi efek samping, yaitu :  
Bila memungkinkan, berikan obat dosis tunggal
  - b. Berikan obat generic (non-paten) bila sesuai dan dapat mengurangi biaya
  - c. Berikan obat pada pasien usia lanjut ( diatas usia 80 tahun ) seperti pada usia 55 – 80 tahun, dengan memperhatikan faktor komorbid.
  - d. Jangan mengkombinasikan angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-i) dengan angiotensin II receptor blockers (ARBs)
  - e. Berikan edukasi yang menyeluruh kepada pasien mengenai terapi farmakologi
  - f. Lakukan pemantauan efek samping obat secara teratur.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

#### 1. Identitas

Meliputi : Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, alamat sebelum tinggal di panti, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan sebelumnya, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, kamar dan penanggung jawab.

#### 2. Riwayat keluarga

Menggambarkan silsilah (kakek, nenek, orang tua, saudara kandung, pasangan, dan anak-anak)

#### 3. Riwayat Pekerjaan

Menjelaskan status pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, dan sumber-sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan yang tinggi.

#### 4. Riwayat Lingkup Hidup

Meliputi : tipe tempat tinggal, jumlah kamar, jumlah orang yang tinggal di rumah, derajat privasi, alamat, dan nomor telpon.

#### 5. Riwayat Rekreasi

Meliputi : hoby/minat, keanggotaan organisasi, dan liburan

#### 6. Sumber/ Sistem Pendukung

Sumber pendukung adalah anggota atau staf pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat atau klinik

#### 7. Deskripsi Harian Khusus Kebiasaan Ritual Tidur

Menjelaskan kegiatan yang dilakukan sebelum tidur. Pada pasien lansia dengan hipertensi mengalami susah tidur sehingga dilakukan ritual ataupun aktivitas sebelum tidur

#### 8. Status Kesehatan Saat Ini

Meliputi : status kesehatan umum selama setahun yang lalu, status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu, keluhan-keluhan kesehatan utama, serta pengetahuan tentang penatalaksanaan masalah kesehatan.

#### 9. Obat-Obatan

Menjelaskan obat yang telah dikonsumsi, bagaimana mengonsumsinya, atas nama dokter siapa yang menginstruksikan dan tanggal resep

#### 10. Status Imunisasi

Mengkaji status imunisasi klien pada waktu dahulu

#### 11. Nutrisi

Menilai apakah ada perubahan nutrisi dalam makan dan minum, pola konsumsi makanan dan riwayat peningkatan berat badan. Biasanya pasien dengan hipertensi perlu memenuhi kandungan nutrisi seperti karbohidrat, protein, mineral, air, lemak, dan serat. Tetapi diet rendah garam juga berfungsi untuk mengontrol tekanan darah pada klien.

#### 12. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit dengan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

- a. Pada pemeriksaan kepala dan leher meliputi pemeriksaan bentuk kepala, penyebaran rambut, warna rambut, struktur wajah, warna kulit, kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea mata, konjungtiva dan sclera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan, tekanan bola mata, cuping hidung, lubang hidung, tulang hidung, dan septum nasi, menilai ukuran telinga, ketegangan telinga, kebersihan lubang telinga, ketajaman pendengaran, keadaan bibir, gusi dan gigi, keadaan lidah, palatum dan orofaring, posisi trakea, tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis serta denyut nadi karotis.
- b. Pada pemeriksaan payudara meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (warna kemerahan pada mammae, oedema, papilla mammae menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola mammae, apakah ada pengeluaran cairan pada puting susu), palpasi (menilai apakah ada benjolan, pembesaran kelenjar getah bening, kemudian disertai dengan pengkajian nyeri tekan).
- c. Pada pemeriksaan thoraks meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk dada, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas), palpasi (penilaian vocal premitus), perkusi (menilai bunyi perkusi apakah terdapat kelainan), dan auskultasi (penilaian suara nafas dan adanya suara nafas tambahan).
- d. Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi

- (mengamati ada tidaknya pulsasi serta ictus cordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (mendengar bunyi jantung, bunyi jantung tambahan, ada atau tidak bising/murmur)
- e. Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk abdomen, benjolan/massa, bayangan pembuluh darah, warna kulit abdomen, lesi pada abdomen), auskultasi(bising usus atau peristalisk usus dengan nilai normal 5-35 kali/menit), palpasi (terdapat nyeri tekan, benjolan/masa, benjolan/massa, pembesaran hepar dan lien) dan perkusi (penilaian suara abdomen serta pemeriksaan asites).
- f. Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya meliputi area pubis, meatus uretra, anus serta perineum terdapat kelainan atau tidak. Pada pemeriksaan muskuloskeletal meliputi pemeriksaan kekuatan dan kelemahan eksremitas, kesimetrisan cara berjalan.
- g. Pada pemeriksaan integument meliputi kebersihan, kehangatan, warna, turgor kulit, tekstur kulit, kelembaban serta kelainan pada kulit serta terdapat lesi atau tidak.
- h. Pada pemeriksaan neurologis meliputi pemeriksaan tingkatan kesadaran (GCS), pemeriksaan saraf otak (NI-NXII), fungsi motorik dan sensorik, serta pemeriksaan reflex.

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan curah jantung (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori sirkulasi D.0009, halaman 37)
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan dyspnea (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori respirasi D.0005, halaman 26)
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan hipoksia jaringan otak (SDKI, 2019 kategori psikologi, subkategori nyeri dan kenyamanan D.0074, halaman 166)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sakit kepala (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori aktivitas dan istirahat D.0055, halaman 126)
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori aktivitas dan istirahat D.0056, halaman 128)
6. Defisit pengetahuan dengan kurang terpapar sumber informasi (SDKI, 2019 kategori perilaku, subkategori penyuluhan dan pembelajaran D.0111, halaman 246)

### **2.3.3 Intervensi Keperawatan**

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan curah jantung  
Kriteria Hasil (SLKI, 2019 perfusi perifer L.02011, halaman 84):
  - 1) Mempertahankan tekanan darah dalam rentang yang dapat diterima.

- 2) Memperlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil dalam rentang normal pasien
- 3) pengisian kapiler kurang dari 3 detik
- 4) turgor kulit membaik dan akral dingin

Tabel 2.2 Intervensi Perfusi perifer tidak efektif (SIKI, 2019 perawatan sirkulasi I.144569, halaman 345)

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Pantau tekanan darah, ukur pada kedua tangan/paha untuk evaluasi awal	1. Perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan/bidang masalah vaskuler.
2. Catat keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer	2. Denyutan karotis, jugularis, radialis dan femoralis mungkin teramati/terpalpasi.
3. Amati warna kulit, kelembaban, suhu dan masa pengisian kapiler	3. Adanya pucat, dingin, kulit lembab dan masa pengisian kapiler lambat mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi/mencerminkan penurunan curah jantung.
4. Pertahankan pembatasan aktivitas	4. Menurunkan stres dan ketegangan yang mempengaruhi TD dan
seperti istirahat di tempat tidur atau kursi	5. perjalanan penyakit hipertensi. Tiazid mungkin digunakan sendiri atau dicampur dengan obat lain untuk menurunkan TD pada pasien dengan fungsi ginjal yang relative normal.
5. Kolaborasi pemberian teapi sesuai indikasi, misalnya Diuretik Tiazid.	

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan dyspnea Tujuan :

Mempertahankan pola napas yang efektif kriteria hasil (SLKI, 2019 pola napas L.01004, halaman 95):

- 1) Frekuensi dan irama pernapasan dalam rentang yang normal.
- 2) Dispnea menurun
- 3) penggunaan otot bantu napas menurun

Tabel 2.3 Intervensi Pola napas tidak efektif (SIKI, 2019 pemantauan respirasi I.01014, halaman 247)

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Evaluasi frekuensi pernapasan dan kedalaman	1. Pengenalan diri dan pengobatan ventilasi abnormal dapat mencegah komplikasi
2. Auskultasi bunyi napas, catat area yang menurun/tak ada bunyi napas dan adanya bunyi tambahan	2. Bunyi napas sering menurun pada dasar paru sehubungan dengan terjadinya atelectasis
3. Tinggikan kepala tempat tidur letakkan pada posisi semi fowler	3. Merangsang fungsi pernapasan/ekspansi paru
4. Lihat membrane mukosa, kulit untuk adanya sianosis	4. Menunjukkan kondisi hipoksia sehubungan dengan komplikasi paru.
5. Kolaborasi pemberian $O_2$ sesuai indikasi	5. Meningkatkan $O_2$ pengiriman ke paru untuk kebutuhan sirkulasi khususnya pada adanya penurunan/gangguan ventilasi.

c. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan hipoksia jaringan otak

Tujuan : Melaporkan nyeri/ketidakhnyamanan hilang terkontrol.

Kriteria hasil (SLKI, 2019 tingkat kenyamanan L.08064, halaman 110):

1. Mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan.
2. Mengurangi regimen farmakologi yang diresepkan.
3. gelisah berkurang
4. gatal, mual, lelah, keluhan tidur berkurang
5. pola tidur dalam rentang normal

6. pasien tampak rileks

Tabel 2.4 Intervensi Gangguan rasa nyaman (SIKI, 2019 pengaturan posisi I.01019, halaman 293)

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Mempertahankan tirah baring selama fase akut	1. Meminimalkan stimulasi/meningkatkan relaksasi
2. Berikan tindakan non farmakologis untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher	2. Tindakan yang menurunkan tekanan vascular serebral dan yang memperlambat respon simpatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan komplikasi.
3. Hilangkan/minimalkan aktivitas vasokonstriksi meningkatkan sakit kepala, misalnya mengejan saat BAB	3. Aktivitas yang meningkatkan vasokonstriksi menyebabkan sakit kepala pada adanya peningkatan tekanan vaskuler serebral.
4. Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan	4. Pusing dan penglihatan kabur sering berhubungan dengan sakit kepala.
5. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi	5. Menurunkan atau mengotrol nyeri dan menurunkan rangsangan sistem syaraf pusat.

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sakit kepala Tujuan : Mampu menciptakan pola tidur yang adekuat dengan penurunan nyeri,

Kriteria hasil (SLKI, 2019 pola tidur L.05045, halaman 96):

- 1) Tampak/melaporkan dapat beristirahat yang cukup.
- 2) keluhan sulit tidur menurun
- 3) keluhan tidka puas tidur, sering terjaga, istirahat tidak cukup menurun

Tabel 2.5 Intervensi Gangguan pola tidur (SIKI, 2019 dukunagn tidur I. 05174, halaman 48)

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan kesempatan untuk beristirahat/tidur sejenak, turunkan aktivitas mental/fisik pada sore hari</li> <li>2. Lengkapi jadwal tidur dan ritual secara teratur</li> <li>3. Berikan makanan kecil pada sore hari, susu hangat dan masase punggung</li> <li>4. Putarkan musik yang lembut atau suara yang jernih</li> <li>5. Ciptakan lingkungan yang tenang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Karena aktivitas fisik dan mental yang lama mengakibatkan kelelahan sehingga mengurangi waktu tidur</li> <li>2. Penguatan bahwa saatnya tidur dan mempertahankan kestabilan lingkungan</li> <li>3. Meningkatkan relaksasi dengan perasaan mengantuk</li> <li>4. Menurunkan stimulasi sensori dengan menghambat suara-suara lain dari lingkungan sekitar yang akan menghambat tidur nyenyak</li> <li>5. Meningkatkan istirahat sehingga rasa nyeri dapat terkontrol</li> </ol>

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Tujuan : Berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/diperlukan.

Kriteria hasil (SLKI, 2019 toleransi aktivitas L.05047, halaman 149):

1. Peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.
2. Penurunan dalam tanda-tanda intoleransi fisiologi
3. keluhan lelah menurun
4. frekuensi nadi dalam rentang normal
5. dispnea saat dan setelah beraktifitas menurun

Tabel 2.6 Intervensi Intoleransi aktivitas(SIKI, 2019 manajemen anergi I.05178, halaman 176)

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Kaji respon pasien terhadap aktivitas  2. Instruksikan klien tentang teknik penghematan energi	1. Membantu dalam mengkaji respon fisiologi terhadap stres aktivitas dan merupakan indicator dari kelebihan kerja yang berkaitan dengan tingkat aktivitas 2. Mengurangi penggunaan energy juga membantu keseimbangan antara $O_2$ suplai dan kebutuhan 3. Kemajuan aktivitas bertahap
3. Berikan dorongan untuk melakukan aktivitas/perawatan diri bertahap jika dapat ditoleransi 4. Berikan bantuan sesuai kebutuhan  5. Awasi tekanan darah, nadi dan pernapasan selama dan sesudah aktivitas	mencegah peningkatan kerja jantung tiba-tiba  4. Memberikan bantuan hanya sebatas kebutuhan akan mendorong kemandirian dalam melakukan aktivitas 5. Manifestasi kardio pulmonal dari upaya jantung $O_2$ dalam paru untuk membawa jumlah adekuat ke jaringan.

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar sumber informasi

Tujuan : Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan regimen pengobatan.

Kriteria hasil (SLKI, 2019 tingkat pengetahuan L.12111, halaman 146):

1. Mengidentifikasi efek samping obat dan kemungkinan komplikasi yang perlu diperhatikan
2. Mempertahankan tekanan darah dalam parameter normal.
3. persepsi keliru tentang penyakit menurun

4. perilaku sesuai anjuran meningkat
5. verbalisasi minat dalam belajar meningkat

Tabel 2.7 Intervensi Defisit pengetahuan(SIKI, 2019 edukasi kesehatan I.12383, halaman 65)

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar</li> <li>2. Jelaskan tentang hipertensi dan efeknya pada jantung, pembuluh</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesalahan konsep dan menyangkal diagnose karena perasaan sejahtera yang sudah lama dinikmati mempengaruhi minat pasien/orang terdekat untuk mempelajari penyakit, kemajuan dan prognosis</li> <li>2. Dasar untuk pemahaman tentang peningkatan TD untuk memungkinkan pasien melanjutkan</li> </ol>
<p>darah, ginjal dan otak</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Bantu pasien dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah, misalnya obesitas, minum alcohol</li> <li>4. Bantu pasien untuk mengembangkan jadwal yang sederhana, memudahkan untuk minum obat</li> <li>5. Evaluasi kembali penjelasan yang disampaikan</li> </ol>	<p>pengobatan meskipun ketika merasa sehat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Faktor-faktor resiko ini telah menunjukkan hubungan dalam menunjang hipertensi dan penyakit kardiovaskuler serta ginjal</li> <li>4. Memudahkan kerja sama dengan regimen jangka panjang</li> <li>5. Mengetahui tingkat pemahaman klien tentang penjelasan yang disampaikan.</li> </ol>

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa medis Hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal Januari 2022. Anamnesa diperoleh dari rekam medis pasien dan wawancara dengan pasien sebagai berikut.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data Dasar**

Pasien bernama Ny. S berusia 75 tahun. beragama Kristen dan riwayat pekerjaan Ny. S adalah Asisten rumah tangga di Gereja. Berstatus Belum Menikah, pendidikan terakhir klien SD, sumber pendapatan yang di dapat yaitu dari kerjanya. Sistem pendukung yang di dapat dari keluarga (Saudara)

##### **3.1.2 Keluhan Utama**

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 klien mengeluh pusing yang menjalar ke belakang tengkuk leher selama 3 hari, nyeri yang dirasakan pada saat bangun tidur sekitar pukul 04.00 , nyeri yang dirasakan cekot-cekot dan hilang timbul dengan skala nyeri 5

##### **3.1.3 Riwayat Kesehatan Lampau**

Ny. S memiliki riwayat hipertensi sejak 2017

### **3.1.4 Age related changes (perubahan terkait proses menua) :**

#### **A. FUNGSI FISILOGIS**

##### 1. Kondisi Umum

Tidak merasa kelelahan, tidak terdapat perubahan BB, Tidak ada perubahan nafsu makan, tidak terdapat masalah tidur, kemampuan adl baik, BB : 98 kg TB : 160 cm, imt : , suhu 36,4<sup>o</sup>c, nada: 95x/menit, tekanan darah 160/80 mmhg, repirasi : 20x/menit

##### 2. integumen

Tidak ada Lesi / luka, tidak pruritus, tidak ada perubahan perubahan pigmen, tidak memar, tidak lembab, pola penyembuhan lesi baik.

##### 3. Hematopetic

Tidak terdapat perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan kelenjar Limfe, tidak anemia.

##### 4. Kepala

klien mengatakan tidak mengeluh sakit kepala, klien merasa pusing dan gatal pada kulit kepala, rambut klien tampak rontok.

##### 5. Mata

penglihatan klien baik konjungtiva (anemis), sklera (ikterik), pakai kacamata, tidak strabismus, kekeringan mata tidak kekeringan, tidak ada riwayat katarak

##### 6. Telinga

klien tidak ada penurunan pendengaran, tidak discharge, tidak

tinitus, tidak vertigo, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada riwayat infeksi, kebiasaan membersihkan telinga jika kotor, tidak ada dampak pada adl

#### 7. Hidung Sinus

tidak ada alergi, tidak ada riwayat infeksi, tidak ada gangguan penciuman, bentuk (simetris)

#### 8. Mulut Tenggorokan

klien Tidak mengeluh nyeri telan, tidak kesulitan menelan/mengunyah, tidak terdapat lesi, tidak terdapat perdarahan gusi, terdapat caries, tidak ada perubahan rasa, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat riwayat infeksi, mukosa (lembab), pola sikat gigi 2x/hari

#### 9. Leher

Tidak terdapat kekakuan, tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis

#### 10. Pernafasan

Tidak batuk, tidak terdapat nafas pendek, tidak terdapat hemoptisi, tidak terdapat wheezing, tidak terdapat ronchi, tidak terdapat asma, tidak terdapat retraksi

#### 11. Gastrointestinal

Tidak terdapat Disphagia, tidak mual tidak terdapat Perubahan nafsu makan, tidak ada Perubahan pola BAB, tidak Melena, tidak Hemorrhoid, Pola BAB baik

#### 12. Perkemihan

Tidak dysuria, tidak terdapat nyeri berkemih, pola BAK 3-4x, tidak ada keluhan

### 13. Reproduksi

Tidak terdapat lesi, klien sudah manapose,

### 14. Muskuloskeletal

Nyeri sendi, tidak ada bengkak, kaku sendi, tidak terdapat deformitas, tidak *spasm*, tidak kram, tidak ada kelemahan otot, tidak ada saat masalah gaya berjalan, nyeri punggung (menjalar ke pinggang, nyeri saat beraktifitas, skala 3) , pola latihan baik, postur tulang belakang baik, dampak adl berhati hati dalam beraktifitas, ekstremitas, kekuatan otot menurun (skala 3), tidak terdapat tremor, rentang gerak menurun, tidak terdapat edema kaki, tidak menggunakan penggunaan alat bantu

### 15. Persyarafan

Klien Tidak Headache, Tidak Seizures, Tidak Syncope, tidak Tic/tremor, Tidak Paralysis, Tidak Paresi, tidak terdapat gangguan

Masalah memori

## **3.1.6 Potensi pertumbuhan psikososial dan spiritual**

1. Psikososial klien tidak merasa cemas, tidak depresi, tidak ketakutan, tidak insomnia, tidak kesulitan dalam mengambil keputusan, tidak kesulitan konsentrasi, mekanisme koping klien mengatakan klien selalu berbincang bersama teman sekamarnya. persepsi tentang kematian klien mengatakan siap

klien mengatakan kematian adalah hal yang wajar bagi setiap makhluk hidup. dampak pada adl klien tampak hati-hati dalam beraktivitas.

## 2. Spiritual

Aktivitas ibadah klien beragama kristen klien berdoa dan tidak bisa melakukan ibadah secara normal . Klien mengatakan kesulitan berdiri dan harus pelan pelan saat berdiri maupun duduk aktivitas di bantu walker. Aktivitas rekreasi klien adalah ngobrol dengan teman sekamarnya. Aktivitas interaksi klien sering berinteraksi dengan teman di sekitar panti

### **3.1.7 Lingkungan**

Kamar klien terlihat rapi dan bersih juga tersedia jendela sedang untuk sirkulasi udara, kamar mandi klien terlihat bersih dan pencahayaan yang cukup. lingkungan rumah seperti pengamanan klien saat berjalan di sekitar rumah yaitu kondisi rumah selalu bersih (lantai tidak licin). Lingkungan panti sangat bersih

### **3.1.8 Negative functional consequences**

#### 1. Kemampuan ADL (Indeks Barthel)

Pemeliharaan kesehatan diri dengan bantuan, mandi dengan bantuan, makan secara mandiri, toilet (bab dan bak) secara mandiri, berpakaian secara mandiri, kontrol bab dan bak secara mandiri, Skor yang didapat yaitu 100 poin, dengan interpretasi mandiri.

#### 2. Aspek Kognitif

Aspek kognitif orientasi dengan kriteria dapat menyebutkan tahun, hari, musim, bulan serta tanggal klien mendapat skor 5. Aspek kognitif orientasi tempat klien dapat menyebutkan dimana sekarang klien berada yaitu negara serta propinsi serta kabupaten/kota dengan skor 5. Aspek kognitif registrasi klien dapat menyebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas) dengan skor 3. Aspek kognitif perhatian dan kalkulasi klien dapat berhitung mulai dari 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 tingkat (93, 86, 79, 72, 65) dengan skor 5. Aspek kognitif mengingat klien dapat mengulangi ketiga objek dengan skor 3. Aspek kognitif bahasa pasien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan skor 9. Total skor yaitu 30 dengan interpretasi hasil tidak ada gangguan kognitif

### 3. Tingkat Kerusakan Intelektual

Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan SPMSQ (*short portable mental status questioner*). klien dapat menjawab tanggal, hari, tempat, alamat rumah, usia, tanggal lahir, nama presiden indonesia, serta nama presiden sebelumnya, dan nama ibu klien. Total skor yang didapat klien yaitu 10 dengan interpretasi fungsi intelektual utuh

### 4. Tes Keseimbangan

Pemeriksaan dilakukan dengan teknik pemeriksaan *Time Up Go Test*, Tanggal pemeriksaan Januari dengan hasil TUG 13 detik.

Interpretasi hasil yaitu risiko jatuh rendah

### 5. Kecemasan, GDS, Pengkajian Depresi

Pemeriksaan dilakukan dengan teknik pemeriksaan *Geriatric Depressioion Scale*. Klien puas dengan kehidupannya, klien tidak merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenan

gan, klien tidak merasa bahwa hidup anda hampa / kosong, klien sering merasa bosan, klien memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu, klien tidak takut ada sesuatu yang buruk terjadi, klien lebih merasa bahagia di sepanjang waktu, klien tidak merasakan butuh bantuan, klien lebih senang tinggal di panti daripada keluar melakukan sesuatu hal, klien tidak merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan, klien menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa, klien merasa tidak berpikiran bahwa klien tidak tertarik dengan jalan hidupnya, klien merasa dirinya sangat energik / bersemangat, klien tidak merasa tidak punya harapan, klien tidak berfikir bahwa orang lain lebih baik dari dirinya.

Total skor yaitu 2 dengan intepretasi hasil klien tidak Depresi

6. Status Nutrisi klien Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi, klien Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras. Total skor 3 dengan intepretasi hasil *moderate nutritional risk*

7. Hasil Pemeriksaan

Terapi

Nama obat	Dosis	Indikasi
Amlodipine	1x5mg	Untuk mengurangi tekanan darah tinggi

### **3.1.9 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

Klien Tidak merokok, Frekwensi makan Tidak teratur, Jumlah makanan yang dihabiskan 1 porsi dihabis, Makanan tambahan Dihabiskan, Frekwensi minum < 3 gelas sehari (Takut kencing malam hari), Jenis Minuman Air putih, Jumlah waktu tidur > 6 jam, Gangguan tidur berupa tidak ada gangguan, Penggunaan waktu luang ketika tidak tidur Santai, Frekwensi BAB 2x / seminggu), Konsistensi Lembek, Gangguan BAB Tidak ada, Frekwensi BAK 4 – 6 kali sehari, Warna urine Kuning jernih, Gangguan BAK Tidak terdapat gangguan, Pola aktifitas kegiatan produktif lansia yang sering dilakukan

Melakukan aktifitas secara mandiri, Mandi 2 kali sehari, Memakai sabun, sikat gigi 2 kali sehari, menggunakan pasta gigi , Kebiasaan berganti pakaian bersih 2 kali sehari

### 3.2. ANALISIS DATA

Nama Pasien : Ny. S  
Umur : 75 tahun

Ruang/Kamar :  
No. Reg : 199xxx

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1	<p><b>DS</b> : Ny.S mengeluh nyeri pada kepala dan menjalar ke tengkuk leher <b>DO</b> : Ny.S tampak meringis kesakitan menahan nyeri, serta memijat dan memegang kepalanya, Ny. S sulit untuk tidur. Pemeriksaan TTV: - TD: 160/80 mmHg - N: 20 x/mnt - RR: 98x/mnt - S: 36,5°C Pemeriksaan nyeri - P : saat bangun tidur - Q : seperti tertusuk-tusuk (cekot-cekot) - R : kepala dan tengkuk leher - S : 5 - T : Hilang timbul (5-10 menit)</p>	Agen pencedera fisiologis ( iskemia )	Nyeri Akut ( D 0077)
2	<p><b>DS</b> : Ny S mengatakan kaki bagian kanan mengalami kelemahan otot dan sedikit sulit untuk digerakkan <b>DO</b> : Suhu: 36.5°C TD: 160/90 mmHg Nadi: 98 x/menit Repirasi: 20 x/menit Kekuatan otot menurun</p>	Penurunan kekuatan otot	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, D.0054, Hal: 124)

3	<p><b>DS:</b> Ny.S mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur dikarenakan merasa pusing dan nyeri pada kepala dan tengkuk leher.</p> <p><b>DO:</b> Pasien tampak lesu cemas dan sering menguap, pola tidur lansia kurang lebih 4-5 jam dalam sehari dan jarang tidur siang.</p>	Kurang kontrol tidur (akibat nyeri kepala)	Gangguan Pola Tidur (SDKI, D.0055. Hal: 126)
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------------------

### 3.4 Prioritas Masalah Keperawatan

Tabel 3.4. Prioritas Masalah Keperawatan

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis : (SDKI, D.0077. Hal: 172)	13 Januari 2022		<i>Alifiaakp</i>
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot : (SDKI, D.0054, Hal: 124)	13 Januari 2022		<i>Alifiaakp</i>
3.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur : akibat nyeri kepala dan tengkuk leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)	13 Januari 2022		<i>Alifiaakp</i>

### 3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan Ny.S

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler cerebral (SDKI D.0077. Hal. 172)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Pola nafas membaik</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam)</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas .</li> <li>3. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan</li> <li>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi yang dipilih.</li> <li>5. Anjurkan pasien untuk mengambil posisi nyaman (semifowler)</li> <li>6. Kolaborasi pemberian analgesic</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu terjadinya nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>4. Ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk meredakan rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesic</li> <li>2. Kolaborasi dalam pemberian antihipertensi</li> </ol>
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot : (SDKI, D.0054, Hal: 124)	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Mobilitas Fisik dapat meningkat, dengan kriteria hasil : (SLKI Hal 45)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat)</li> <li>2. Kekuatan otot dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat)</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</b> (SIKI Hal 30) <b>Definisi :</b> Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan Aktivitas pergerakan fisik</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ol> <p><b>Tarapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
3	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur : akibat nyeri kepala dan tengkuk leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka di harapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesulitan tidur membaik</li> <li>2. Keluhan tidak puas tidur membaik</li> <li>3. Keluhan pola tidur berubah membaik</li> <li>4. Keluhan kurang istirahat membaik</li> </ol>	<p><b>Dukungan tidur Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi factor pengganggu tidur</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang</li> </ol>

			<p>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Anjurkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>2. Anjurkan untuk menghindari makanan dan minuman pengganggu tidur</p> <p>3. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p> <p>4. Ajarkan relaksasi otot autopenik atau cara nonfarmakologi lainnya</p>
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3.5 Implementasi Keperawatan

#### 3.5 Tabel Implementasi Keperawatan Ny.S ( Hari Pertama )

No	Nomor Diagnosa Keperawatan	Tgl & Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis : (SDKI D.0077. Hal. 172)	13 Januari 2022 09.00 – 13.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memberi salam dan memperkenalkan diri Hasil : Pasien mampu menerima kehadiran perawat</li> <li>Mengkaji tanda-tanda vital Hasil : TD: 160/80 mmHg N:20 x/mnt RR: 98 x/mnt S: 36,5°C</li> <li>Melakukan pengkajian nyeri secara berkala Hasil : Ny. S mengatakan sakit kepala dan daerah tengkuk leher dengan skala nyeri 5</li> <li>Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : Pasien tampak menyeringai menahan sakit dan memegang kepalanya</li> <li>Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain / dokter tentang</li> </ol>	<i>Alifiaahp</i>	13 Januari 2022 13.00	<p>Diagnosa 1 :</p> <p>S:</p> <p>Ny. S mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke belakang tengkuk leher O:</p> <p>P : saat bangun tidur dan beraktivitas</p> <p>Q : seperti tertusuk-tusuk (cekotcekot)</p> <p>R : kepala dan tengkuk leher</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Hilang timbul (5-10 menit)</p> <p>- Pasien tampak melakukan teknik nafas dalam dan menghirup aroma minyak kayu putih dan Memijat kepala serta tengkuk leher</p> <p>- Pasien tampak menyeringai dan memegang bagian kepala</p> <p>- Px tampak sedikit rileks –</p> <p>TTV :</p>

			<p>obat yang diberikan pada pasien Hasil : Pemberian obat Amlodipine</p>		<p>TD: 160/80 mmHg N:20 x/mnt RR: 9 8 x/mnt S: 36,5°C A: Masalah belum teratasi P: I ntervens i 2 ,3,4,5,</p>
2.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot : (SDKI, D.0054, Hal: 124)</p>		<p>1. <b>Mengidentifikasi adanya nyeri tekan atau keluhan fisik lainnya</b> Respon : Klien tidak merasa nyeri ataupun linu</p> <p>2. <b>Melibatkan perawat untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas pergerakan.</b> Respon : memantu klien selalu membantu klien saat melalkuakn aktifitas</p> <p>3. <b>Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</b> Respon : Klien tampak kooperatif dan bersemangat saat melakukan mobilisasi sederhana meskipun harus pelan-pelan seperti biasanya.</p>		<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih mearasa sulit bergerak</li> <li>Klien mengatakan senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat.</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak belum bisa tenang dan masih merasa enggan melakukannya</li> <li>Pasien mengikuti arahan perawat</li> </ol> <p><b>A :</b> Pergerakan ekstermitas dari skala 4 Kekuatan</p> <p><b>P :</b> Intervensi 1,2,3 dilanjutkan</p>

3	<p>Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur : akibat nyeri kepala dan tengkuk leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien Hasil : Pasien mengatakan tidur hanya 4-5 jam dalam sehari dan beberapa hari ini jarang tidur siang serta sering terbangun saat tidur</li> <li>2. Menjelaskan pentingnya tidur yang cukup Hasil : Pasien menyimak dan bersedia melakukannya</li> <li>3. Menganjurkan px istirahat yang cukup Hasil : Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri kepala dan tengkuk leher</li> <li>4. Mengajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis, kelelahan dll) Hasil : Pasien mengatakan jika lelah dan saat pusing px memilih</li> </ol>			<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena nyeri pada kepala yang menjalar ke tengkuk leher.</p> <p>O: pasien tampak lesu, mata merah , dan tampak cemas , px tampak sering menguap, pola tidur lansia kurang lebih 4-5 jam dalam sehari dan jarang tidur siang</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervens2,3,4,dilanjutkan</p>

			untuk beristirahat dikamar			
--	--	--	----------------------------	--	--	--

### 3.6 Tabel Implementasi Keperawatan Ny.S ( Hari Kedua )

No	Nomor Diagnosa Kperawatan	Tgl & Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis : (SDKI D.0077. Hal. 172)	14 Januari 2022 07.00 — 13.25	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengkaji tanda-tanda vital Hasil : TD: 140/80mmHg N:20 x/mnt RR: 88 x/mnt S: 36,3°C</li> <li>Melakukan pengkajian nyeri secara berkala Hasil : Ny. S mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar ke tengkuk leher mulai berkurang dengan skala nyeri 3</li> <li>Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain / dokter tentang obat yang diberikan pada pasien</li> </ol>	<i>Alifiaahp</i>	14 Januari 2022 13.30	<p>S:</p> <p>Ny. S mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar ke tengkuk leher mulai berkurang</p> <p>O:</p> <p>P: merasa nyeri saat bangun tidur</p> <p>Q: nyeri terasa seperti nyut-nyutan</p> <p>R: bagian kepala dan tengkuk leher</p> <p>S: 4 (0-10)</p> <p>T: Hilang timbul (4-5) menit</p> <p>- Klien mampu memperagakan teknik yang diajarkan perawat</p>

			Hasil : Pemberian obat Amlodipine			<p>dengan pijatan dan tarik napas dalam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih segar dan rileks</li> <li>- TTV :</li> </ul> <p>TD: 140/80</p> <p>Suhu: 36,00 0C</p> <p>RR: 20 x/mnt</p> <p>Nadi : 89 x/mnt</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi nomer 1,2,3, dilanjutkan</p>
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot : (SDKI, D.0054, Hal: 124)		<p><b>1. Mengidentifikasi adanya nyeri tekan atau keluhan fisik lainnya</b> Respon : Klien mengeluh tidak nyeri</p> <p><b>2. Dibantu perawat untuk melakukan aktivitas pergerakan.</b> Respon :klien memakai walker saat aktifitas dengan pelan-pelan</p> <p><b>3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah</b></p>			<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih mearasa sulit bergerak</li> <li>2. Klien mengatakan senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat.</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak belum bisa tenang dan masih merasa enggan melakukannya</li> </ol>

			<p><b>dari tempat tidur ke kursi).</b></p> <p>Respon : perawat membantu pasien</p>			<p>2. Pasien mengikuti arahan perawat</p> <p><b>A :</b></p> <p>Pergerakan ekstermitas dari skala 3</p> <p>Kekuatan otot dari skala 3</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi 1,2,3 dilanjutkan</p>
3	<p>Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur : akibat nyeri kepala dan tengkuk leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tanda-tanda vital Hasil : TD:140/80 mmHg N:20 x/mnt RR: 88 x/mnt S: 36,3°C</li> <li>2. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien Hasil : Px mengatakan tadi malam dapat tidur lebih awal tapi masih sering terbangun di malam hari</li> <li>3. Meganjurkan pasien untuk tetap berdoa dan melakukan teknik relaksasi sebelum tidur</li> </ol>			<p>S:</p> <p>Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur tadi malam tapi masih terbangun di malam hari O:</p> <p>pasien tampak segar dan rileks , dan tampak sedih jika menceritakan tentang anaknya, pasien tidak tampak sering menguap, pola tidur pasien meningkat menjadi 6 jam dalam sehari</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi nomer 1,2,3,dilanjutkan</p>

			Hasil : Pasien menyimak dan bersedia melakukannya			
--	--	--	---------------------------------------------------	--	--	--

### 3.7 Tabel Implementasi Keperawatan Ny.S ( Hari Ketiga )

No	No Diagnosa Keperawatan	Tgl & Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis : (SDKI D.0077. Hal. 172)		<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengkaji tanda-tanda vital Hasil : TD:120/70 mmHg N:20 x/mnt RR: 80 x/mnt S: 36,2°C</li> <li>Melakukan pengkajian nyeri secara berkala Hasil : Ny. S mengatakan sudah tidak nyeri pada kepala tapi masih merasa kaku dan sedikit nyeri pada tengkuk leher dengan skala nyeri 2</li> <li>Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : Pasien</li> </ol>			<p>S: Ny. S mengatakan sudah tidak nyeri pada kepala tapi masih merasa kaku dan sedikit nyeri pada tengkuk leher</p> <p>O: -</p> <p>P: merasa nyeri setelah bangun tidur</p> <p>Q: nyeri terasa seperti cekot2</p> <p>R: bagian belakang tengkuk leher S: 2 (0-10)</p> <p>T: Hilang timbul (1-2) menit</p> <p>-Klien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan baik</p> <p>- Klien tampak tenang dan segar</p> <p>- Klien mampu mengikuti kegiatan senam / harian - Skala nyeri</p>

			<p>tampak rileks dan tenang</p> <p>4. Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain / dokter tentang obat yang diberikan pada pasien</p> <p>Hasil : Pemberian obat Amlodipine</p>			<p>menurun dari 5 menjadi 2</p> <p>- TTV:</p> <p>TD: 120/70mmHg</p> <p>Suhu : 36,0 C</p> <p>RR: 20 x/mnt</p> <p>Nadi: 80 x/mnt</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot : (SDKI, D.0054, Hal: 124)</p>		<p><b>1. Mengidentifikasi adanya nyeri tekan atau keluhan fisik lainnya</b></p> <p>Respon : Klien tidak merasa nyeri ataupun linu</p> <p><b>2. Melibatkan walker ( alat bantu ) untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas pergerakan.</b></p> <p>Respon : menggunakan walker klien saat melakukan aktifitas</p> <p><b>3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</b> Respon : Klien tampak kooperatif sederhana</p>			<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan mulai tidak enggan berjalan</li> <li>Klien mengatakan senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat.</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak bisa tenang dan berhati hati saat berjalan</li> <li>Pasien mengikuti arahan perawat</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Pergerakan ekstermitas dari skala 4</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>

			meskipun harus pelan-pelan seperti biasanya dan bersemangat saat melakukan mobilisasi			
3	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur : akibat nyeri kepala dan tengkuk leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)		<p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien  Hasil : Px mengatakan tadi malam dapat tidur lebih awal dan sudah tidak terbangun di malam hari, pasien juga mengatakan tadi siang tidur sekitar j jam.an lebih</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik &amp; psikologis) Hasil : Px mengatakan merasa kaku dan sedikit nyeri pada tengkuk leher</p> <p>3. Meganjurkan pasien untuk tetap berdoa dan melakukan teknik relaksasi sebelum tidur  Hasil : Pasien menyimak dan bersedia melakukannya</p>			<p>S :  Px mengatakan sudah memahami tentang penyakitnya dan akan mencoba untuk menghindari makanan dan kegiatan yang dapat memicu timbulnya hipertensi  O :  - Pasien mulai menunjukkan sikap yang tepat sesuai anjuran perawat  - Pasien mampu minum obat dengan teratur dan mengikuti senam pagi  A: Masalah teratasi  P: Intervensi dihentikan</p>

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. S dengan diagnosa medis Hipertensi di UPTD Panti Griya Wreda Surabaya. Adapun tahapan proses keperawatan tersebut meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan melakukan anamnesa pada pasien melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

##### **4.1.1 Identitas**

Data yang didapatkan, nama Ny. S bertempat tinggal di Surabaya dari suku jawa berjenis kelamin perempuan, berusia 69 tahun dan beragama Islam. Pasien belum menikah. Pendidikan terakhir Pasien SD. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama  $\pm$  3 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu Bude. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai bersih-bersih di gereja. Menurut (Nurrahmani, 2011) Faktor resiko hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu hipertensi yang tidak bisa diubah dan hipertensi yang dapat diubah. Hipertensi yang dapat diubah meliputi stress,

berat badan, penggunaan kontrasepsi oral pada wanita, konsumsi garam berlebihan, merokok pendidikan. Hipertensi yang tidak dapat dirubah meliputi usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, keturunan. Hal ini menunjukkan bahwa faktor usia, sangat mempengaruhi tingkat metabolisme semakin menurun. Hal ini dikarenakan hilangnya sebagian jaringan otot serta perubahan hormonal dan neurologis, akibatnya kecepatan tubuh dalam membakar kalori pun berkurang. Bertambahnya umur seseorang maka terjadi penurunan fungsi fisiologis dan daya tahan tubuh yang terjadi karena proses penuaan yang dapat menyebabkan seseorang rentan terhadap penyakit salah satunya yaitu hipertensi (Adnani, 2011).

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

Saat pengkajian didapatkan konsidi pasien mengeluh nyeri kepala. Menurut (Kowalak, 2012) Nyeri kepala pada hipertensi disebabkan karena adanya kerak pada pembuluh darah atau aterosklerosis sehingga elastisitas kelenturan pada pembuluh darah menurun. Aterosklerosis tersebut menyebabkan spasme pada pembuluh darah (arteri), sumbatan dan penurunan O<sub>2</sub> (oksigen) yang akan berujung pada nyeri kepala atau distensi dari struktur di kepala. Nyeri kepala pada pasien hipertensi disebabkan oleh kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan arteri kecil dan arteola menyababkkan penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan aliran darah akan terganggu. Sehingga supalai oksigen akan menurun dan peningkatan karbondioksida kemudian terjadi metabolisme anaerob di dalam

tubuh mengakibatkan peningkatan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak (Price & Wilson, 2006).

#### **4.1.3 Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun yang masih resiko. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan persistem seperti dibawah ini :

##### **1. Sistem Pernapasan**

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia secara umum ditemukan mengi oleh jalan nafas yang sempit pada titik dimana dinding yang berlawanan bersentuhan, ronkhi atau bunyi gemuruh terdengar lebih jelas pada saat ekspirasi. Pada klien hipertensi tidak ditemukan batuk, sesak nafas, hemopteses, sputum, asma/alergi pernafasan (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data klien tidak batuk, tidak sesak dan tidak ada sputum. Tidak terjadi heomopteses (batuk berdarah) tidak terjadi mengi dan tidak memiliki asma/alergi pada pernafasan. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan. Penderita hipertensi dengan manifestasi klinis gangguan pada sistem pernafasan adalah penderita yang mengalami penyakit hipertensi paru atau pulmonary hypertension yaitu kondisi tekanan darah tinggi pada pembuluh darah paru yang terhubung ke jantung sehingga menimbulkan sesak nafas (Novita Permatasari, 2020).

## 2. Sistem Kardiovaskuler

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia secara umum dan penderita hipertensi biasanya mengalami dispnea pada aktifitas, tidak ditemukan nyeri dada, palpitasi, sesak nafas, dispnea nokturnal paroksimal, ortopnea, murmur, edema, varises, kaki timpang, paresthesia dan perubahan warna kaki (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data klien tidak terjadi ortopnea (bernafas tidak nyaman saat berbaring), tidak sesak nafas, tidak terjadi perubahan warna pada kaki, tidak terjadi varises, dan tidak terjadi kesemutan. Pada sistem kardiovaskuler tidak terjadi nyeri pada dada, tidak mengalami edema. Pada sistem kardiovaskuler tidak terdapat bunyi jantung tambahan. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan. Penderita hipertensi mudah lelah saat beraktivitas karena saat tekanan darah tinggi terjadi, jantung pun bekerja lebih ekstra dan membesar. Ketika jantung membesar, jantung ini akan meminta lebih banyak oksigen. Tetapi, jantung akan kesulitan dalam mempertahankan aliran darah yang tepat. Hasilnya, penderita tekanan darah tinggi akan merasa lelah dan tidak bisa melakukan aktivitas fisik (Yunia Pratiwi, 2020)

## 3. Sistem Persyarafan

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia dengan hipertensi didapatkan data sakit pada kepala. Tidak ditemukan data kejang, serangan jantung, paralisis, paresis, masalah koordinasi, tic/tremor/spasme, parastesia, cedera kepala, masalah memori (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan

data pasien mengatakan nyeri atau sakit pada kepala dan menjalar sampai kebelakang tengkuk leher sejak 3 hari yang lalu, nyeri dirasakan saat bangun tidur sekitar pukul 04.00 dini hari, nyeri yang dirasakan seperti di ditusuk-tusuk (cekot-cekot) dan hilang timbul dengan skala nyeri 5 selama 5-10 menit. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terjadi kesenjangan.

#### 4. Sistem Perkemihan

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia secara umum sering mengalami inkontinensia urin dan nokturia. Frekuensi urin mengalami perubahan. Pada lansia dengan hipertensi yang mendapat terapi diuretik mengatakan sering BAK. Tidak ditemukan data disuria, menetes, hematuria, poliuria, oliguria, nyeri saat berkemih, batu, infeksi. Pada tinjauan kasus didapatkan data pada sistem perkemihan klien mengatakan BAK 4-5 kali dalam sehari dan lebih sering BAK pada malam hari. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak mengalami kesenjangan. Pada tinjauan kasus dijelaskan bahwa klien mendapatkan terapi obat amlodipine 10 mg (0-0-1) pada malam hari, dimana amlodipine tersebut dapat berfungsi sebagai diuretik.

#### 5. Sistem Pencernaan

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia mengalami perubahan nafsu makan pada saat hipertensi kambuh. Tidak ditemukan data disfagia, tidak dapat mencerna, nyeri pada ulu hati, mual/muntah, hematemesis, intoleran dengan makanan, ulkus, nyeri, ikterik, benjolan/massa, diare, konstipasi, melena, hemoroid, perdarahan rectum dan pola defekasi biasanya (Muhammad Yusuf,

2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data pasien tidak mengalami nyeri ulu hati, tidak terjadi mual/muntah, tidak terjadi Hematemesis (Muntah darah), tidak mengalami diare, tidak mengalami konstipasi, tidak terjadi melena, tidak mengalami Hemoroid (Wasir), tidak mengalami perdarahan rectum dan tidak mengalami perubahan nafsu makan. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan. Opini saya yaitu seorang lansia akan mengalami perubahan sensitivitas pada indra pengecap dan perasa yang berdampak pada penurunan nafsu makan (Rina,Fitriana.2015)

#### 6. Sistem Musculoskeletal

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia secara umum mengalami nyeri pada persendian, kram, kelemahan otot, nyeri punggung, masalah cara berjalan dan tidak olahraga. Pada lansia dengan hipertensi ditemukan data kekakuan pada tengkuk leher. Tidak ditemukan data pembengkakan sendi, deformitas, spasme, protesa (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan pasien mengatakan tidak mengalami nyeri pada sendi, pasien mengalami kekakuan pada tengkuk lehernya ketika hipertensi kambuh dan terkadang pasien merasakan nyeri atau kaku pada punggung dan pinggangnya. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak mengalami kesenjangan. Karena Bertambahnya usia bukan hanya membuat sendi dan tulang menjadi kaku, melainkan juga membuat produksi cairan sinovial yang berfungsi sebagai pelumas menjadi berkurang. Akibatnya, lansia rentan mengalami pergesekan

antara tulang dan sendi, menyebabkan tulang rawan menipis dan menimbulkan gejala fisik yang mengganggu aktivitas

(Fadhli Rizal Makarim, 2019).

#### 7. Sistem Endokrin

Pada tinjauan pustaka didapatkan data ada lansia secara umum mengalami pigmentasi kulit/tekstur, perubahan warna rambut menjadi putih, menjadi tipis dan sering rontok, intoleran terhadap panas. tidak ditemukan data goiter, polifagia, polidipsi dan poliuria (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data kulit klien menjadi tipis, kering dan rambut klien menjadi putih, tipis, sering rontok. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan

### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan yang muncul pada tanggal 13 Januari 2022 pada Ny. S dengan diagnosa medis Hipertensi sebagai berikut :

#### **1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (SDKI D.0077. Hal. 172)**

Pengkajian data yang diambil dari diagnose tersebut adalah keluhan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke belakang tengkuk leher sejak 3 hari yang lalu, nyeri dirasakan saat bangun tidur sekitar pukul 04.00 dini hari, nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk atau cekot-cekot dan hilang timbul dengan skala nyeri 5 selama 5-10 menit, pasien tampak menyeringai menahan nyeri, tampak memegang kepalanya dan mengatakan sulit tidur, pemeriksaan TTV didapatkan hasil tekanan darah : 160/80 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 98x/menit, dan RR : 20x/menit.

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 yang berlangsung kurang dari 3 bulan, yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersifat protektif, gelisah frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Disertai dengan tanda dan gejala minor meliputi : TD meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis

(SDKI, 2016)

## **2. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Penurunan Kekuatan Otot SDKI Kategori Fisiologis, Subkategori Aktivitas dan Istirahat D.0054 Hal 124**

Tujuan yang ingin penulis capai pada intervensi gangguan mobilitas fisik yaitu setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Mobilitas Fisik dapat meningkat, dengan kriteria hasil Pergerakan ekstermitas cukup meningkat, Kekuatan otot cukup meningkat. Intervensi yang diberikan meliputi : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Pasien yang kurang melakukan aktivitas fisik juga cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantungnya harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras dan sering otot jantung harus memompa, makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri. Peningkatan tekanan darah yang

disebabkan oleh aktivitas yang kurang akan menyebabkan terjadinya komplikasi seperti penyakit jantung koroner, gangguan fungsi ginjal, stroke (Anggara & Prayitno, 2013). Jadi dukungan lingkungan diperlukan oleh pasien hipertensi yang membutuhkan perawatan dengan waktu yang lama dan terus-menerus (Ningrum, 2021)

### **3. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur : Akibat Nyeri Kepala dan Tengkok Leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)**

Pengkajian data yang diambil dari diagnose tersebut adalah pasien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena merasa pusing dan nyeri pada kepala serta pasien selalu memikirkan tentang anaknya yang sudah lama tidak menjenguknya, pasien tampak lesu, mata merah, cemas dan sering menguap, pola tidur lansia kurang lebih 4-5 jam dalam sehari dan jarang tidur siang.

Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal, yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah dan mengeluh istirahat tidak cukup. Disertai tanda dan gejala minor meliputi : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (SDKI, 2016)

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang telahh diberikan.

## **1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis : Peningkatan Tekanan Vaskuler Cerebral (SDKI D.0077. Hal. 172)**

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi Nyeri Akut yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : frekuensi nadi membaik (60-100 x/mnt), pola napas membaik (12-20 x/mnt), tekanan darah membaik (120/80 mmHg), keluhan nyeri menurun (skala nyeri menurun), meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Intervensi yang diberikan yaitu observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik : Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), control lingkungan yang memperberat nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitas istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi : jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi : kolaborasi pemberian analgesic, kolaborasi dalam pemberian antihipertensi.

**2. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Penurunan Kekuatan Otot SDKI Kategori Fisiologis, Subkategori Aktivitas dan Istirahat D.0054 Hal 124**

Dengan evaluasi subjektif Pasien mengatakan mulai tidak enggan berjalan, Klien mengatakan senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat. Evaluasi objektif Pasien tampak bisa tenang dan berhati hati saat berjalan, Pasien mengikuti arahan perawat. Assesment pergerakan cukup meningkat, kekuatan otot cukup meningkat. Planning intervensi mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) dilanjutkan.

**3. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur : Akibat Nyeri Kepala dan Tenguk Leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)**

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi Gangguan Pola Tidur yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : kesulitan tidur membaik, keluhan sering terjaga membaik, keluhan tidak puas tidur membaik, keluhan pola tidu berubah membaik, keluhan istirahat tidak cukup membaik. Intervensi yang diberikan yaitu observasi : identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi factor pengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur. Terapeutik : modifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, tetapkan jadwal rutin tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Edukasi : anjurkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan untuk menghindari makanan dan minuman

pengganggu tidur, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, ajarkan relaksasi otot autopenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana (intervensi) keperawatan yang telah disusun mencakup tindakan mandiri, dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas petunjuk dari tenaga medis lainnya. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain. Implementasi dokumentasi selama 3x24 jam dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift/jaga. SOAP didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan

##### **1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis : Peningkatan Tekanan Vaskuler**

###### **Cerebral (SDKI D.0077. Hal. 172)**

Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi kualitas, intensitas nyeri, mengobservasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi dan menjelaskan kepada klien tentang penyebab nyeri kepala yang dialaminya, mengajarkan kepada klien teknik relaksasi napas dalam dan pijatan, melakukan kolaborasi dalam pemberian antihipertensi analgesic.

**2. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Penurunan Kekuatan Otot  
SDKI Kategori Fisiologis, Subkategori Aktivitas dan Istirahat D.0054 Hal 124**

- a. Mengidentifikasi adanya nyeri tekan atau keluhan fisik lainnya

Respon : Klien tidak mnegeluh nyeri

- b. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas pergerakan.

Respon : keluarga selalu memantau klien saat aktifitas

- c. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Respon : Klien serta keliarga saling membantu

**3. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur : Akibat Nyeri Kepala dan Tenguk Leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)**

Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifkasi factor pengganggu tidur, mengidentifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, membatasi waktu tidur siang, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, menetapkan jadwal rutin tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, menganjurkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan untuk menghindari makanan dan minuman pengganggu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, mengajarkan relaksassi otot autopenik atau cara nonfarmakologi lainnya

## **4.5 Evaluasi Keperawatan**

### **1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis : Peningkatan Tekanan Vaskuler Cerebral (SDKI D.0077. Hal. 172)**

Evaluasi pada pemberian intervensi edukasi manajemen nyeri teratasi pada hari ke-3 karena tercapainya tujuan intervensi yaitu Ny. S mampu mengontrol rasa nyeri saat nyeri timbul. Dengan hasil Ny. S mengatakan nyeri pada kepala berkurang dengan skala nyeri turun menjadi 2, Ny. S mengatakan melakukan tariknafas dalam saat nyeri dan Ny.S mendapat terapi Amlodipine 10 mg dikonsumsi sesuai resep.

### **2. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Penurunan Kekuatan Otot SDKI Kategori Fisiologis, Subkategori Aktivitas dan Istirahat D.0054 Hal 124**

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan evaluasi subjektif Pasien mengatakan mulai tidak enggan berjalan, Klien mengatakan senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat. Evaluasi objektif Pasien tampak bisa tenang dan berhati hati saat berjalan, Pasien mengikuti arahan perawat. Assesment pergerakan cukup meningkat, kekuatan otot cukup meningkat. Planning intervensi mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) dilanjutkan.

## **2. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur : Akibat Nyeri Kepala dan Tengkok Leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)**

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan tidur pada Ny. S tercapai pada hari ke-3 karena pola tidur membaik dengan hasil Ny. S mengatakan tadi malam tidur sekitar pukul 21.00 WIB dan terbangun pukul 05.00 WIB dengan pola tidur sudah mulai membaik yaitu 8 jam tidur malam dan 1 jam tidur siang, Ny. S dapat tertidur dengan menerapkan relaksasi napas dalam dan pijatan, menetapkan jadwal tidur malam pukul 21.00 – 05.00 WIB dan menetapkan jadwal tidur siang pukul 13.00 – 14.00 WIB.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Hipertensi di UPTD Griya Werdha 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 yang menjalar sampai ke belakang tengkuk leher sejak 3 hari yang lalu, nyeri dirasakan saat bangun tidur sekitar pukul 04.00 dini hari, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk atau cekot-cekot dan hilang timbul dengan skala nyeri 5 selama 5-10 menit. Hasil TTV TD: 160/80 mmHg, Nadi: 20 x/mnt, RR: 98x/menit, Suhu: 36,5°C.
2. Berdasarkan analisa data didapatkan diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler cerebral, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur : akibat nyeri kepala dan tengkuk leher, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan otot.
3. Perencanaan keperawatan pada Ny. S disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama tingkat nyeri menurun, mobilitas fisik meningkat ,pola tidur yang membaik,.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan adalah manajemen nyeri, dukungan tidur, edukasi kesehatan, monitor tanda-tanda vital, melakukan kolaborasi dalam pemberian obat antihipertensi dan analgesik
5. Hasil evaluasi pada tanggal 15 Januari 2022, Ny. S mengatakan nyeri pada kepala sudah berkurang dan skala nyeri turun menjadi 2, pola tidur pasien membaik menjadi 7-8 jam dalam sehari, pengetahuan pasien tentang penyakitnya (hipertensi) meningkat dan pasien mampu menunjukkan perilaku yang sesuai dengan anjuran perawat seperti patuh dalam minum obat dan mengikuti terapi kativitas yang terselenggara di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

## **5.2 Saran**

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

1. Bagi Lahan Praktik

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

2. Bagi Lansia

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

### 3. Bagi Perawat

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

### 4. Bagi Penulis

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Adam, L. (2019) 'Determinan Hipertensi Pada Lanjut Usia', *Jambura Health and Sport Journal*, 1(2), pp. 82–89. doi: 10.37311/jhsj.v1i2.2558.
- Aisyiyah Nur Farida (2015) 'keperawatan gerontik', *keperawatan lansia gerontik*.
- Akbar, H. *et al.* (2021) 'Analisis Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia', *Journal health and Science; Gorontalo journal health & Science Community*, 5(1), pp. 194–201.
- Arif, D. and Hartinah, D. (2013) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia di Pusling Desa Klumpit UPT Puskesmas Gribig Kabupaten Kudus', *Jikk*, 4(2), pp. 18–34.
- Brunner & Suddarth (2017) 'kep lansia', *kep lansia*.
- Dian Kusumawardhani (2018) 'Peran posyandu lansia terhadap kesehatan lansia di perumahan bina griya indah kota pekalongan', *Jurnal Siklus* 7.
- Jayani, D. H. (2021) 'Presentase Lansia Menurut Kelompok Pengeluaran Rumah Tangga.', [https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/12/23/lansia\\_paling-banyak-dari-ekonomi-termisk](https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/12/23/lansia_paling-banyak-dari-ekonomi-termisk).
- kemenkes RI (2017) 'gerontik', *gerontik lansia*.
- M. Sumarni (2018) 'jurnal ilmiah kesehatan', *jurnal ilmiah kesehatan*, Vol.6,Issu.
- Ningrum, I. C. (2021) 'Asuhan Keperawatan Pada Ny. H Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa Balong Kecamatan Sidoarjo', *hipertensi*.
- Prawitasari, J. E. (2016) 'Aspek Sosio-Psikologis Lansia Di Indonesia', *Aspek Sosio-Psikologis Lansia Di Indonesia*.

SDKI (2016) 'Standar Diagnosis Keperawatan Definisi dan Indikator', *Diagnostik. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI.*

Siti nur Kholifa (2016) 'Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya MANusia Kesehatan', *Keperawatan Gerontik. In M. K. Mutimanda Dwisatyadini, Ns. (Ed.).*

Suwarsa (2016) 'keperawatan gerontik', *gerontik lansia.*

Sya'diyah, H. (2018) 'Keperawatan Lanjut Usia Teori dan Aplikasi.', *Keperawatan Lanjut Usia Teori dan Aplikasi.*

Yunia Pratiwi (2020) 'kesehatan Hipertensi', *kesehatan dalam hipertensi.*

Z, D. H. and R, R. D. (2017) 'Hubungan pengetahuan dan riwayat hipertensi dengan tindakan pengendalian tekanan darah pada lansia.', *Jurnal Berkala Epidemiologi*, (March), p. 11. doi: 10.20473/jbe.v5i2.2017.174-184.

## Lampiran 1

### CURRICULUM VITAE

Nama : Alifia Agus Kurnia Putri  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tempat, Tanggal Lahir : Tuban, 19 Agustus 1998  
Alamat : JL Merik Gg Sukun No 404, Sidorejo Tuban  
Agama : Islam  
Email : alifiaakp19@gmail.com  
Program Studi : S-1 Keperawatan  
Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Tuban
2. SDN Sidorejo 1 Tuban
3. Mts Hasyim Asy'ari Surabaya
4. SMK Wijaya Putra Surabaya
5. STIKES Hang Tuah Surabaya

## **LAMPIRAN 2**

### **MOTTO & PERSEMBAHAN**

#### **MOTTO**

“SELALU TERSENYUM, BAHAGIA, SABAR DISETIAP KEADAAN DAN TETAPLAH MENJADI VERSI TERBAIK DARI DIRIMU SENDIRI “

#### **PERSEMBAHAN**

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan proposal skripsi saya dengan baik dan tepat waktu. Proposal ini saya persembahkan kepada :

1. Orang tuaku yang sangat saya sayangi dan cintai ( Bapak Sungkono dan Ibu Enik ) dan keluarga yang selalu memberikan doa, motivasi, dukungan dan kasih sayang kepada saya dalam menuntut ilmu sehingga skripsi saya dapat selesai dengan baik dan tepat waktu.
2. Sahabatku Squad (Novi, Bening, Poppy, Salwa, Devi, Aysha, Fitria, Riris) yang selalu memberikanku motivasi dan semangat agar segera menyelesaikan skripsi.
3. Teman Pejuang KIA dan Kelompok Praktik Profesi ( Dinda, neni, Novi, andra, bening,Lidya,Ramanda) yang telah berjuang bersama dan menyelesaikan KIA ini
4. Teman-temanku S1 angkatan 23'17 dan Profesi 2021 STIKES HANG TUAH Surabaya selama 5 tahun ini

### **Lampiran 3**

#### **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR RANGE OF MOTION**

##### **1. DEFINISI**

Latihan range of motion adalah kegiatan latihan yang bertujuan untuk memelihara fleksibilitas dan mobilitas sendi (Tseng, et al, 2007)

Rentang gerak merupakan jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salahsatu dari tiga potongan tubuh: sagital, frontal dan transversal. Potongan sagital adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan, contoh gerakan fleksi dan ekstensi pada jari tangan dan siku serta gerakan hiperekstensi pada pinggul. Potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan dan belakang, contoh gerakannya abduksi dan adduksi pada lengan dan tungkai serta eversi dan inversi pada kaki. Sedangkan potongan transversal adalah garis horizontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah, contoh gerakannya supinasi dan pronasi pada tangan, rotasi internal dan eksternal pada lutut, dan dorsofleksi dan plantar fleksi pada kaki (potter & perry, 2006).

Latihan ROM dapat menggerakkan persendian seoptimal dan seluas mungkin sesuai kemampuan seseorang dan tidak menimbulkan rasa nyeri pada sendi yang digerakkan. Adanya pergerakan pada persendian akan menyebabkan terjadinya peningkatan aliran darah ke dalam kapsula sendi. Ketika sendi digerakkan, permukaan kartilago antara kedua tulang akan saling bergesekan. Kartilago banyak mengandung proteoglikans yang menempel pada asam hialuronat yang bersifat

hidrofilik. Adanya penekanan pada kartilago akan mendesak air keluar dari matriks sinovial. Bila tekanan berhenti maka air yang keluar ke cairan sinovial akan ditarik kembali dengan membawa nutrisi dari cairan (Ulliya, et al., 2007).

## 2. TUJUAN

Menurut Tseng, et al. (2007), Rhoad & Meeker (2009), Smith, N. (2009) dan Smeltzer & Bare (2008), tujuan latihan ROM adalah sebagai berikut :

- a. Mempertahankan fleksibilitas dan mobilitas sendi
- b. Mengembalikan kontrol motorik
- c. Meningkatkan/mempertahankan integritas ROM sendi dan jaringan lunak
- d. Membantu sirkulasi dan nutrisi sinovial
- e. Menurunkan pembentukan kontraktur terutama pada ekstremitas yang mengalami paralisis.
- f. Memaksimalkan fungsi ADL
- g. Mengurangi atau menghambat nyeri
- h. Mencegah bertambah buruknya *system neuromuscular*
- i. Mengurangi gejala depresi dan kecemasan
- j. Meningkatkan harga diri
- k. Meningkatkan citra tubuh dan memberikan kesenangan

### 3. JENIS

Dikenal 3 jenis latihan ROM, yaitu latihan ROM aktif, Aktif dengan penampungan dan latihan ROM pasif :

#### a. Latihan ROM aktif.

Gerak aktif adalah gerak yang dihasilkan oleh kontraksi otot sendiri. Latihan yang dilakukan oleh klien sendiri. Hal ini dapat meningkatkan kemandirian dan kepercayaan diri klien.

#### b. Latihan aktif dengan pendampingan (*active-assisted*).

Latihan tetap dilakukan oleh klien secara mandiri dengan didampingi oleh perawat. Peran perawat dalam hal ini adalah memberikan dukungan dan atau bantuan untuk mencapai gerakan ROM yang diinginkan.

#### c. Latihan ROM pasif

Pada pasien yang sedang melakukan bedrest atau mengalami keterbatasan dalam pergerakan latihan ROM pasif sangat tepat dilakukan dan akan mendapatkan manfaat seperti terhindarnya dari kemungkinan kontraktur pada sendi. Setiap gerakan yang dilakukan dengan range yang penuh, maka akan meningkatkan kemampuan bergerak dan dapat mencegah keterbatasan dalam beraktivitas. Ketika pasien tidak dapat melakukan latihan ROM secara aktif maka perawat bisa membantunya untuk melakukan latihan (Rhoad & Meeker, 2008). Latihan dapat dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain. Peran perawat dalam

hal ini dimulai dengan melakukan pengkajian untuk menentukan bagian sendi yang memerlukan latihan dan frekuensi latihan yang diperlukan.

#### 4. INDIKASI

##### a. PROM

- Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan
- Ketika pasien tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau bed rest total

##### b. AROM

- Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak
- Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya, digunakan AROM

#### 5. KONTRA INDIKASI

- Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera
- ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan (*life threatening*)
- ✓ PROM dilakukan secara hati-hati pada sendi-sendi besar, sedangkan AROM pada persendian dan kaki untuk meminimalisasi venous stasis dan pembentukan trombus

- ✓ Pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronaria, dan lain-lain, AROM pada ekstremitas atas masih dapat diberikan dalam pengawasan yang ketat

## 6. GERAKAN ROM

- Fleksi, yaitu gerakan menekuk persendian
- Ekstensi, yaitu gerakan meluruskan persendian
- Abduksi, yaitu gerakan menjauhi sumbu tubuh
- Adduksi, yaitu gerakan mendekati sumbu tubuh
- Rotasi, yaitu gerakan memutar atau menggerakkan satu bagian melingkari aksis tubuh
- Pronasi, yaitu gerakan memutar ke bawah/ menelungkupkan tangan
- Supinasi, yaitu gerakan memutar ke atas/ menengadahkan tangan
- Inversi, yaitu gerakan ke dalam
- Eversi, yaitu gerakan ke luar

## 7. PROSEDUR

### a. Prinsip-Prinsip dalam melakukan Latihan ROM

Kozier, et all. (2008), Potter & Perry (2006), Rhoad & Mekeer (2008) menjelaskan beberapa hal yang harus diperhatikan oleh perawat pada saat melakukan latihan ROM

sebagai berikut :

- 1) Untuk latihan ROM aktif, klien dianjurkan untuk melakukan gerakan sesuai yang sudah diajarkan, hindari perasaan ketidaknyamanan saat latihan dilakukan, gerakan dilakukan secara sistematis dengan urutan yang sama dalam setiap sesi, setiap gerakan dilakukan tiga kali dengan frekuensi dua kali sehari.
- 2) Yakinkan bahwa klien mengetahui alasan latihan ROM dilakukan.
- 3) Sendi tidak boleh digerakkan melebihi rentang gerak bebasnya, sendi digerakkan ke titik tahanan dan dihentikan pada titik nyeri.
- 4) Pilih waktu di saat pasien nyaman dan bebas dari rasa nyeri untuk meningkatkan kolaborasi pasien
- 5) Posisikan pasien dalam posisi tubuh lurus yang normal
- 6) Gerakan latihan harus dilakukan secara lembut, perlahan dan berirama
- 7) Latihan diterapkan pada sendi secara proporsional untuk menghindari peserta latihan mengalami ketegangan dan injuri otot serta kelelahan
- 8) Posisi yang diberikan memungkinkan gerakan sendi secara leluasa
- 9) Tekankan pada peserta latihan bahwa gerakan sendi yang adekuat adalah gerakan sampai dengan mengalami tahanan bukan nyeri.
- 10) Tidak melakukan latihan pada sendi yang mengalami nyeri
- 11) Amati respons non verbal peserta latihan

12) Latihan harus segera dihentikan dan berikan kesempatan pada peserta latihan untuk beristirahat apabila terjadi spasme otot yang dimanifestasikan dengan kontraksi otot yang tiba-tiba dan terus menerus

b. Intensitas Latihan

Dosis dan intensitas latihan ROM yang dianjurkan menunjukkan hasil cukup bervariasi. Secara teori tidak disebutkan secara spesifik mengenai dosis dan intensitas latihan ROM tersebut, namun dari berbagai literatur dan hasil penelitian tentang manfaat latihan ROM dapat dijadikan sebagai rujukan dalam menerapkan latihan ROM sebagai salah satu intervensi. Smeltzer & Bare (2008) menyebutkan bahwa latihan ROM dapat dilakukan 4 sampai 5 kali sehari, dengan waktu 10 menit untuk setiap latihan, sedangkan Perry & Potter (2006) menganjurkan untuk melakukan latihan ROM minimal 2 kali/hari. Tseng, et al. (2007) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa dosis latihan yang dipergunakan yaitu 2 kali sehari, 6 hari dalam seminggu selama 4 minggu dengan intensitas masing-masing 5 gerakan untuk tiap sendi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa responden penelitian yang melakukan latihan tersebut mengalami perbaikan pada fungsi aktivitas, persepsi nyeri, rentang gerakan sendi dan gejala depresi.

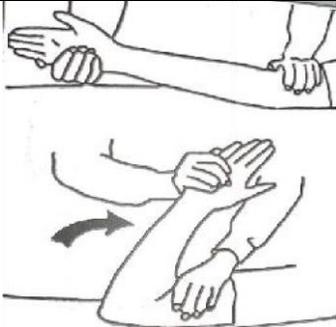
c. Prosedur

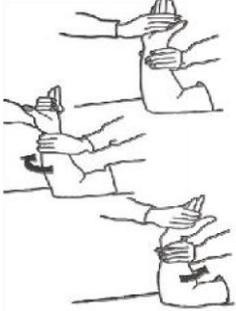
1) Kaji klien dan rencanakan program latihan yang sesuai untuk klien

- 2) Memberitahu klien tentang tindakan yang akan dilakukan, area yang akan digerakkan dan peran klien dalam latihan
- 3) Jaga privacy klien
- 4) Jaga/atur pakaian yang menyebabkan hambatan pergerakan
- 5) Angkat selimut sebagaimana diperlukan
- 6) Anjurkan klien berbaring dalam posisi yang nyaman 7) Lakukan latihan sebagaimana dengan cara berikut :

<p>a) Latihan sendi bahu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam posisi telentang</li> <li>• Satu tangan perawat menopang dan memegang siku, tangan yang lainnya memegang pergelangan tangan.</li> <li>• Luruskan siku pasien, gerakan lengan pasien menjauhi dari tubuhnya kearah perawat (Abduksi).</li> <li>• Kemudian Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi).</li> <li>• Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah (rotasi internal).</li> </ul>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

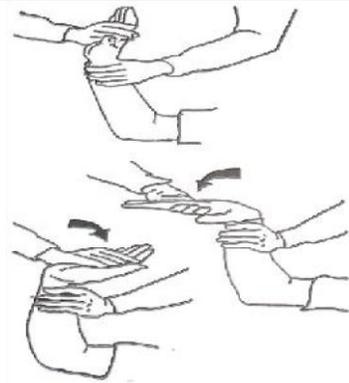
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turunkan dan kembalikan ke posisi semula dengan siku tetap lurus.</li> <li>• Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas (rotasi eksternal).</li> <li>• Turunkan dan kembalikan ke posisi semula dengan siku tetap lurus.</li> <li>• Hindari penguluran yang berlebihan pada bahu.</li> <li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali atau sesuai toleransi</li> </ul>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>b) Latihan sendi siku</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam posisi telentang</li> <li>• Perawat memegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan lainnya menahan lengan bagian atas</li> <li>• Posisi tangan pasien supinasi, kemudian lakukan gerakan menekuk</li> </ul>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

<p>(fleksi) dan meluruskan (ekstensi) siku.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>• Pastikan gerakan yang diberikan berada pada midline yang benar</li> <li>• Perhatikan rentang gerak sendi yang dibentuk, apakah berada dalam jarak yang normal atau terbatas.</li> <li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li> </ul>	
<p>c) Latihan lengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam posisi telentang</li> <li>• Perawat memegang area siku pasien dengan satu tangan, tangan yang lain menggenggam tangan pasien ke arah luar (telentang/supinasi) dan ke arah dalam (telungkup/pronasi).</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li> </ul>	

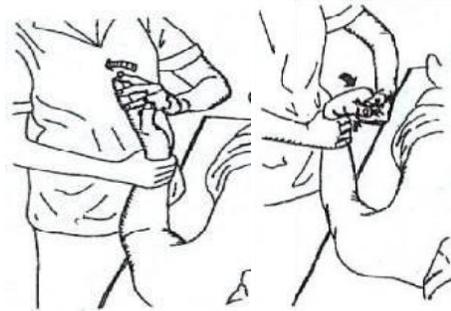
d) Latihan sendi pergelangan tangan

- Pasien dalam posisi telentang
- Perawat memegang lengan bawah pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien, serta tekuk pergelangan tangan pasien ke atas dan ke bawah
- Instruksikan agar pasien tetap rileks
- Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali



e) Latihan sendi jari-jari tangan

- Pasien dalam posisi telentang
- Perawat memegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan lainnya membantu pasien membuat gerakan mengepal/menekuk jari-jari tangan dan kemudian meluruskan jari-jari tangan pasien.

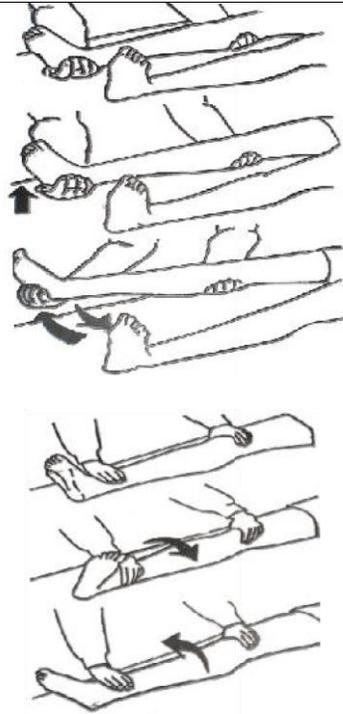


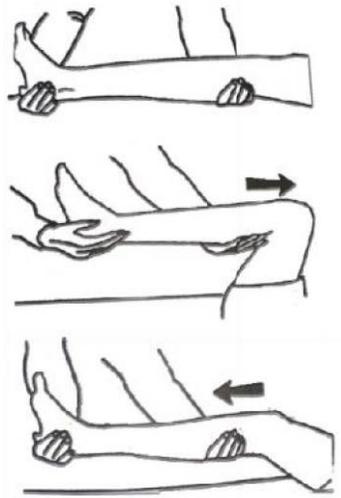
<ul style="list-style-type: none"><li>• Perawat memegang telapak tangan dan keempat jari pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memutar ibu jari tangan.</li></ul>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"><li>• Tangan perawat membantu melebarkan jari-jari pasien kemudian merapatkan kembali.</li><li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li><li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li></ul>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

f) Latihan sendi pangkal paha

- Pasien dalam posisi telentang
- Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
- Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien
- Gerakkan kaki mendekati badan pasien
- Kembali ke posisi semula
- Kemudian letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut.
- Putar kaki menjauhi perawat.
- Putar kaki ke arah perawat
- Kembali ke posisi semula
- Hindari pengangkatan yang berlebihan pada kaki.

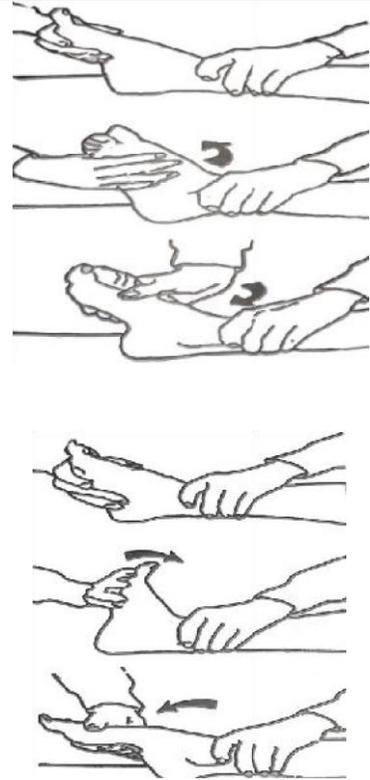


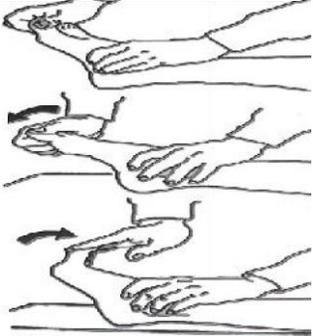
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali atau sesuai toleransi</li> </ul>	
<p>g) Latihan sendi lutut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam posisi telentang</li> <li>• Satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain</li> <li>• Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.</li> <li>• Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin</li> <li>• Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"><li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li><li>• Pastikan gerakan yang diberikan berada pada midline yang benar</li><li>• Perhatikan rentang gerak sendi yang dibentuk, apakah berada dalam jarak yang normal atau terbatas.</li><li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li></ul>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

h) Latihan sendi pergelangan kaki

- Pasien dalam posisi telentang
- Perawat memegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya.
- Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya (inversi)
- Kembalikan ke posisi semula
- Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain (efersi)
- Kembalikan ke posisi semula
- Kemudian letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rilek.



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekuk pergelangan kaki, arahkan jarijari kaki ke arah dada pasien (dorso fleksi).</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> <li>• Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien (plantar fleksi)</li> <li>• Kembalikan ke posisi semula</li> <li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li> <li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li> </ul>	
<p>i) Latihan sendi jari-jari kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien dalam posisi telentang</li> <li>• Perawat memegang pergelangan kaki pasien dengan satu tangan, tangan lainnya membantu pasien membuat gerakan menekuk jari-jari kaki dan kemudian meluruskan jari-jari kaki pasien.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"><li>• Tangan perawat membantu melebarkan jari-jari kaki pasien kemudian merapatkan kembali.</li><li>• Instruksikan agar pasien tetap rileks</li><li>• Lakukan pengulangan sebanyak 10 kali</li></ul>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

8) Kaji pengaruh/efek latihan pada klien terutama hemodinamik klien

9) Atur klien pada posisi yang nyaman

10) Benahi selimut dan linen