

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA PASIEN
HIPERTENSI DI UPTD GRIYA WREDHA
SURABAYA



Oleh :

MEY RETA PURNAWIRA SARI, S.Kep.
NIM. 213.0005

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

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA PASIEN
HIPERTENSI DI UPTD GRIYA WREDHA
SURABAYA

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



Oleh :

MEY RETA PURNAWIRA SARI, S. Kep.
NIM. 213.0005

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

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mey Reta Purnawira Sari

NIM : 213.0005

Tanggal Lahir : Surabaya, 8 Mei 1996

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

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

Surabaya, Juli 2022



MEY RETA PURNAWIRA SARI

NIM. 213.0005

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, kami selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Mey Reta Purnawira Sari

NIM : 213.0005

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Asuhan Keperawatan Gerontik
Pada Pasien Hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa proposal ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns)

Pembimbing

Pembimbing

Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03008

Heri Susanto, S.Kep., Ns.

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 08 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Mey Reta Purnawira Sari

NIM : 213.0005

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Asuhan Keperawatan Gerontik
Pada Pasien Hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya

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

Penguji Ketua : **Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kep** _____
NIP.04.015

Penguji 1 : **Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep.** _____
NIP. 03008

Penguji 2 : **Heri Susanto, S.Kep., Ns** _____

Mengetahui,
**KA PRODI S1 KEPERAWATAN
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

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

Ditetapkan di : Stikes Hang Surabaya

Tanggal : 08 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Peneliti panjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT Yang Maha esa, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun Karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

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

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan ketua penguji atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya..
2. Kepada bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep., Ns., M.KKK selaku Kepala UPTD Griya Werdha Surabaya beserta staf yang telah mengizinkan dan memfasilitasi saya untuk mengajukan pengambilan data awal.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep, Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

5. Ibu Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji 1 dan dosen pembimbing yang senantiasa memberikan ilmu, arahan, inspirasi sehingga peneliti dapat termotivasi dalam menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Pak Heri Susanto, S.Kep.,Ns. selaku penguji 2 dan dosen pembimbing lahan yang senantiasa memberikan ilmu, arahan, inspirasi sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Seluruh dosen, staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing dan membantu kelancaran proses belajar selama menuntut ilmu di Program Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
8. Kedua orang tua, adik beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan moral maupun materil dalam menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya sehingga Skripsi ini dapat terselesaikan.
9. Teman-teman sealmamater Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dukungan moral dan motivasi dalam terselesainya Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Surabaya, 08 Juli
2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN TEORI	9
2.1 Konsep Penyakit Hipertensi.....	9
2.2.2 Pengertian Hipertensi	13
2.2.3 Etiologi Hipertensi	14
2.2.4 Klasifikasi Hipertensi.....	16
2.2.5 Manifestasi Klinis Hipertensi.....	17
2.2.6 Patofisiologi Hipertensi.....	19
2.2.7 Komplikasi Hipertensi	20
2.2.8 Pemeriksaan Penunjang Hipertensi.....	21
2.2.9 Penatalaksanaan Hipertensi.....	22
2.2.10 Pencegahan Hipertensi	23
2.2 Konsep Lansia.....	24
2.2.1 Pengertian Lansia	24
2.2.2 Batasan Umur Lansia	24
2.2.3 Karakteristik Lansia	25
2.2.4 Tipe Lansia.....	25
2.2.5 Proses Penuaan Lansia	26
2.2.6 Tugas Perkembangan Lansia.....	26
2.2.7 Perubahan Pada Lansia	26

2.1.7.1	Perubahan Fisik.....	27
2.1.7.2	Perubahan Kognitif	29
2.1.7.3	Perubahan Mental	29
2.1.7.4	Perubahan Psikososial.....	30
2.2.8	Sindrome Geriatri 4.1	31
2.1.9	Kemandirian.....	35
2.1.9.1	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian pada Lansia	35
2.1.9.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian pada Lansia	37
2.1.10	Aktivitas Hidup Sehari-hari (<i>Activity of Daily Living</i>)	38
2.1.11	Faktor yang Mempengaruhi <i>Activity of Daily Living</i> (ADL).....	40
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	41
2.3.1	Pengkajian	41
2.3.2	Diagnosis Keperawatan.....	49
2.3.3	Intervensi Keperawatan.....	49
2.4	WOC Hipertensi.....	53
BAB 3	TINJAUAN KASUS.....	55
3.1.	Pengkajian Keperawatan	55
3.1.1	Identitas Pasien.....	55
3.1.2	Status Kesehatan Sekarang	55
3.1.3	Age Related Changes (Perubahan Terkait Proses Menua).....	56
3.1.4	Pemeriksaan Fisik (<i>Head To Toe</i>).....	56
3.1.5	Pengkajian Psikososial dan Spiritual	58
3.1.6	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan	58
3.1.7	Pengkajian Lingkungan.....	59
3.1.8	Negative Functional Consequences.....	60
3.2.	Terapi yang diberikan	61
3.3.	Analisa Data.....	61
3.4.	Prioritas Masalah.....	63
3.5.	Rencana Keperawatan.....	64
3.6.	Implementasi dan Evaluasi	65
BAB 4	PEMBAHASAN	70
4.1	Pengkajian	70
4.2	Diagnosis Keperawatan.....	74
4.3	Rencana Intervensi Keperawatan.....	76
4.4	Implementasi Keperawatan.....	78
4.5	Evaluasi.....	80

BAB 5 PENUTUP	81
5.1 SIMPULAN	81
5.2 SARAN	82
DAFTAR PUSTAKA	83

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Klasifikasi Hipertensi.....	16
Table 2.2 Anamnesis Penderita Hipertensi.....	17
Table 2.3 Kemungkinan Hipertensi Sekunder.....	18
Table 2.4 Riwayat dan Gejala Hupertension Mediated Organ Damage.....	18
Table 2.5 Penggunaan Obat Anti Hipertensi.....	19
Table 2.6 IADL (Instrument Activity Daily Living).....	38
Table 2.7 Indeks Barthel dalam Pemenuhan Kemandirian Lansia	43
Table 2.8 Pengkajian MMSE (Mini Mental Stase Exam).....	44
Table 2.9 Pengkajian SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionere).....	45
Table 2.10 Time Up Go Test.....	46
Table 2.11 Pengkajian Depresi.....	47
Table 2.12 Status Nutrisi.....	47
Table 2.13 Pengkajian APGAR Keluarga.....	48
Table 3.1 Prioritas Masalah.....	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi Jantung	11
------------	-----------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	87
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	88
Lampiran 3 SOP.....	89
Lampiran 4 Indeks Barthel.....	91
Lampiran 5 Aspek Kognitif	92
Lampiran 6 SPMSQ.....	94
Lampiran 7 Apgar Keluarga	95
Lampiran 8 Pengkajian Depresi.....	96
Lampiran 9 Status Nutrisi	97
Lampiran 10 Analisa Data	98
Lampiran 11 Rencana Intervensi	99
Lampiran 12 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	101

DAFTAR SINGKATAN

SPMSQ : *Short Portable Mental Status Questionnaire*

MMSE : *Mini Mental State Examination*

ADL : *Activity of Daily Living*

WHO : *World Health Organization*

BB : Berat Badan

TB : Tinggi Badan

Lansia : Lanjut Usia

WOC : *Web of Caution*

UPTD : Unit Pelaksana Teknis Daerah

SOP : Standart Operasional Prosedur

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia merupakan salah satu kelompok atau populasi beresiko (*population at risk*) yang semakin meningkat jumlahnya. Menurut Allender, J.A., Rector, C., & Warner (2014) mengatakan bahwa populasi beresiko (*population at risk*) adalah kumpulan orang-orang yang masalah kesehatannya memiliki kemungkinan akan berkembang lebih buruk karena adanya faktor-faktor resiko yang memengaruhi. Menurut Stanhope, M., & Lancaster (2016) mengatakan lansia sebagai populasi beresiko ini memiliki tiga karakteristik risiko kesehatan yaitu, risiko biologi termasuk risiko terkait usia, risiko sosial dan lingkungan serta risiko perilaku atau gaya hidup. Pada usia lanjut akan terjadi berbagai kemunduran pada organ tubuh, sehingga timbulnya berbagai macam penyakit regeneratif yang dapat menimbulkan masalah kesehatan, sosial, ekonomi dan psikologis. Masalah keperawatan yang akan timbul akibat hipertensi adalah nyeri akut, penurunan curah jantung, kelebihan volume cairan, Ketidakefektifan koping, intoleransi aktivitas, resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak, resiko cedera, defisiensi pengetahuan dan ansietas. Hal ini jika tidak segera ditangani, akan mengakibatkan *iskemik* jaringan otak dan bahkan menyebabkan kematian (Gunawan dalam Rahman, 2019)

Data World Health Organization (WHO) tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyangdang hipertensi. Pada rentang tahun yang sama, hipertensi ini lebih tinggi terjadi pada penduduk di negara berkembang dibandingkan negara maju bahkan nyaris sebanyak 75% penderita dengan

hipertensi tinggal di negara berkembang (Mills, 2016) dan terjadi peningkatan sebanyak 8,1%. Sementara menurut hasil Riskesdas 2013 kejadian hipertensi di Indonesia berada dalam peringkat ke 6 dari 10 kategori penyakit tidak menular kronis. Prevalensi kejadian hipertensi di Indonesia yang didapatkan dari hasil pengukuran tekanan darah pada penduduk berusia \geq 18 tahun mengalami penurunan dari 31,7% pada tahun 2007 menjadi 25,8% (Kemenkes RI, 2013).

Angka prevalensi hipertensi di Provinsi Jawa Timur masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka prevalensi di Indonesia, yaitu sebesar 26,2% (Kemenkes RI, 2013). Sementara pada tahun 2016 prosentase prevalensi tekanan darah tinggi sebesar 13,47% (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2017). Kota Surabaya termasuk dalam lima kota besar atau kabupaten di Jawa Timur yang memiliki jumlah penderita hipertensi tertinggi, yaitu sebanyak 45.014 orang atau sebesar 10,43% (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2017). Kecamatan Wonokromo memiliki 117.262 penduduk berusia \geq 18 tahun, dimana sejak tahun 2012 kejadian hipertensi di wilayah ini selalu menjadi salah satu dari sepuluh kasus besar di kecamatan Wonokromo (Statistik Kecamatan Wonokromo, 2013). Selain itu, diketahui juga bahwa Kecamatan Wonokromo dengan Puskesmas Jagir merupakan salah satu wilayah dengan prevalensi hipertensi tertinggi yaitu sebesar 32,19% (Dinkes Kota Surabaya, 2017). Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan dengan prevalensi tahun sebelumnya. Saat pengambilan data pada tanggal 17 Januari 2022 didapatkan hasil dari 160 lansia di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya menunjukkan bahwa dengan hipertensi sebanyak 79 lansia (49,37%).

Hipertensi atau penyakit “darah tinggi” yaitu kondisi ketika seseorang mengalami kenaikan tekanan darah baik secara lambat atau mendadak. Diagnosis

hipertensi bisa ditegakkan jika tekanan darah sistol seseorang menetap pada 140 mmHg atau lebih. Nilai tekanan darah yang paling ideal adalah 115/75 mmHg (Agoes, 2011). Hipertensi juga menyebabkan peningkatan tekanan vaskuler pembuluh darah kemudian terjadi vasokonstriksi sehingga menyebabkan gangguan sirkulasi. Gangguan sirkulasi menyebabkan resistensi pembuluh darah ke otak meningkat sehingga menyebabkan terjadinya nyeri (sakit Kepala) (Wibowo, 2020).

Penyebab nyeri kepala pada penderita hipertensi seperti lansia dapat terjadi pada kasus hipertensi berat maupun ringan tergantung dari seberapa berat nyeri yang dirasakan, gejala yang dialami oleh penderita antara lain kelelahan, ansietas, epistaksis, pandangan kabur, sulit tidur, nyeri kepala, terasa berat pada daerah ditengkuk (Fahriza, 2014). Pengobatan hipertensi dapat dilakukan dengan beberapa cara antara lain dengan cara farmakologis dan dengan non farmakologis. Pengobatan secara farmakologis juga memiliki efek samping yang membuat tidak nyaman penderitanya. Efek samping yang mungkin timbul antara lain lemas, pusing, batuk, sering buang air kecil, bengkak pada kaki, disfungsi seksual, detak jantung tidak normal dan relaksasi alergi. Efek samping yang sering timbul ini sering menjadi salah satu penyebab penderita tidak patuh terhadap pengobatan dan cenderung tidak mempedulikan gejala dari hipertensinya.

Penatalaksanaan keperawatan pada lansia dengan hipertensi, khususnya perawat sebagai petugas kesehatan memiliki peran sebagai edukator (pendidik) untuk memberikan informasi yang benar tentang hipertensi dan menganjurkan untuk diet garam serta memberikan informasi tentang pencegahannya dan dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk melaksanakan pola hidup

sehat dan mencegah terjadinya penyakit lain/komplikasi. Jika penyakit hipertensi tidak di tanggulangi maka akan menyebabkan timbulnya penyakit lain seperti penyakit gagal jantung, jantung coroner, resiko stroke dan menyebabkan kerusakan ginjal (Triyanto & Nanda, 2020). Pemberian asuhan keperawatan dapat mencegah kekambuhan serta komplikasi penyakit hipertensi melalui upaya promotif yaitu melalui program promosi kesehatan seperti penyuluhan yang dilakukan di posyandu lansia. Upaya preventif yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu menyarankan agar menjaga pola makan seperti mengurangi garam berlebihan, berhenti minum alcohol, merokok, menghindari stres berat. Upaya kuratif seperti menganjurkan keluarga untuk berobat ke pukesmas dan minum obat antihipertensi secara teratur (Rusdinah, Yuwono, 2021). Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik mengangkat karya ilmiah akhir dengan judul “ asuhan keperawatan gerontik pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya “.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas, maka dapat disusun rumusan masalah sebagai berikut :

”Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan pengkajian pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.
3. Menyusun perencanaan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan gerontik pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut di bawah ini:

1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada pasien hipertensi di UPTD Griya Wredha Surabaya.

2. Secara Praktis

a. Bagi institusi UPTD Griya Wredha Surabaya

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada lansia dengan Hipertensi sehingga penatalaksanaan dan

pengecegan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi lansia yang tinggal di UPTD Griya Wredha Suarabaya.

b. Bagi Institusi Pendidikan

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

c. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga saat berkunjung tentang mencegah dan merawat lansia dengan Hipertensi sehingga keluarga mampu merawat lansia dirumah secara mandiri.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

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

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

2. Tehnik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien,

keluarga, maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

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

1.6 Sistematika Penulisan

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

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

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

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada lansia dengan Fraktur radius sinistra

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

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis

BAB 5: Simpulan dan saran.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah – masalah yang muncul pada lansia dengan Hipertensi dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit Hipertensi

2.2.1 Anatomi dan Fisiologi

1. Anatomi Jantung

a. Jantung

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

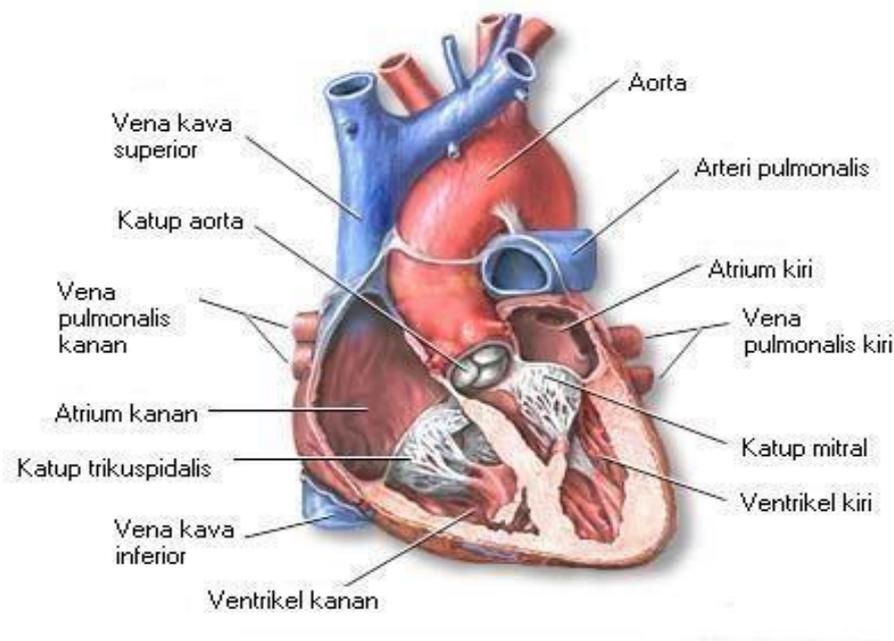
Jantung merupakan organ utama sistem kardiovaskular, berotot dan berongga, terletak di rongga toraks bagian mediastinum. Jantung berbentuk seperti kerucut tumpul dan bagian bawah disebut apeks terletak lebih ke kiri dari garis medial, bagian tepi terletak pada ruang interkosta IV kiri atau sekitar 9 cm dari kiri linea medioklavikularis, bagian atas disebut basis terletak agak ke kanan pada kosta ke III sekitar 1 cm dari tepi lateral sternum. Memiliki ukuran panjang sekitar 12 cm, lebar 8-9 cm, dan tebal 6 cm. Berat jantung sekitar 200-425 gram, pada laki-laki sekitar 310 gram dan pada perempuan sekitar 225 gram (Aspiani,

2016).

Jantung adalah organ muscular yang tersusun atas dua atrium dan dua ventrikel. Jantung dikelilingi oleh kantung pericardium yang terdiri atas dua lapisan, yakni:

- 1) Lapisan visceral (sisi dalam)
- 2) Lapisan perietalis (sisi luar)
- 3) Dinding jantung mempunyai tiga lapisan, yaitu:
- 4) *Epikardium* merupakan lapisan terluar , memiliki struktur yang sama dengan pericardium visceral.
- 5) *Miokardium*, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
- 6) *Endokardium*, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katup jantung.
- 7) Jantung mempunyai empat katup, yaitu:
- 8) Trikupidalis
- 9) Mitralis (katup AV)
- 10) Pulmonalis (katup semilunaris)
- 11) Aorta (katup semilunaris)

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



Gambar 2.1. Anatomi Jantung

b. Pembuluh darah

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

- 1) Arteri adalah pembuluh darah yang tersusun atas tiga lapisan (intima,media,adventisia) yang membawa darah yang mengandung oksigen dari jantung ke jaringan.
- 2) Arteriol adalah pembuluh darah dengan resistensi kecil yang mevaskularisasi kapiler.
- 3) Kapiler menghubungkan dengan arteriol menjadi venula (pembuluh darah yang lebih besr yang bertekanan lebih rendah dibandingkan dengan

arteriol), dimana zat gizi dan sisa pembuangan mengalami pertukaran

- 4) Venula bergabung dengan kapiler menjadi vena
- 5) Vena adalah pembuluh yang berkapasitas-besar, dan bertekanan rendah yang membalikkan darah yang tidak berisi oksigen ke jantung. (Lyndon, 2014)

2. Fisiologi

a. Siklus jantung

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

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

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

- a. Sistole atrium
 - b. Sistole ventrikel
 - c. Diastole ventrikel
2. Tekanan darah

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

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

2.2.2 Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup

istirahat/tenang (Kemenkes.RI., 2014).

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

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup berbahaya di seluruh dunia karena hipertensi merupakan faktor risiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, gagal jantung, stroke dan penyakit ginjal yang mana pada tahun 2016 penyakit jantung iskemik dan stroke menjadi dua penyebab kematian utama di dunia (WHO, 2018).

2.2.3 Etiologi Hipertensi

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

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

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan ;

a. Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh karena itu, penelitian dan pengobatan lebih ditunukan bagi penderita esensial. Hipertensi primer disebabkan oleh faktor berikut ini :

1) Faktor keturunan

Dari data statistic terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2) Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi dari perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih).

3) Kebiasaan hidup

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

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vascular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat aterosklerosis stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi

pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin, dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah tekanan darah, dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis andosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena di angkat,tekanan darah akan kembali ke normal.

Penyebab lain dari hipertensi sekunder, antara lain ferokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrin di kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensitivitas system saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui penyebab-nya) dan hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder (Aspiani, 2016).

2.2.4 Klasifikasi Hipertensi

Menurut Nurariif (2015) secara klinis hipertensi dapat di klasifikasikan menjadi beberapa kelompok yaitu :

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

N o.	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1.	Optimal	<120	< 80
2,	Normal	120- 129	80-84
3.	High normal	130-139	85-89
4.	Hipertensi		
	Grade 1 (ringan)	140-159	90-99
	Grade 2 (sedang)	160-179	100-109
	Grade 3 (berat)	180- 209	100-119
	Grade 4 (sangat berat)	>210	>120

2.2.5 Manifestasi Klinis Hipertensi

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

Menurut Adrian, S (2019) perbedaan Hipertensi Esensial dan sekunder Evaluasi yaitu jenis hipertensi yang dibutuhkan untuk mengetahui penyebab. Peningkatan tekanan darah yang berasosiasi dengan peningkatan berat badan, faktor gaya hidup (perubahan pekerjaan menyebabkan penderita bepergian dan makan di luar rumah), penurunan frekuensi atau intensitas aktivitas fisik, atau usia tua pada pasien dengan riwayat keluarga dengan hipertensi kemungkinan besar mengarah ke hipertensi esensial. Labilitas tekanan darah, mendengkur, prostatisme, kram otot, kelemahan, penurunan berat badan, palpitasi, intoleransi panas, edema, gangguan berkemih, riwayat perbaikan koarktasio, obesitas sentral, wajah membulat, mudah memar, penggunaan obat-obatan atau zat terlarang, dan tidak adanya riwayat hipertensi pada keluarga mengarah pada hipertensi sekunder.

Tabel 2.2 Anamnesis Penderita Hipertensi

Faktor risiko
Riwayat hipertensi, penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal pribadi dan di keluarga
Riwayat faktor risiko pribadi dan di keluarga (contoh: hiperkolesterolemia familial)
Riwayat merokok
Riwayat diet dan konsumsi garam Konsumsi alkohol

Kurang aktivitas fisik/ gaya hidup tidak aktif Riwayat disfungsi ereksi
Riwayat tidur, merokok, sleep apnoea (informasi juga dapat diberikan oleh pasangan)
Riwayat hipertensi pada kehamilan/pre-eklampsia

Tabel 2.3 Kemungkinan Hipertensi Sekunder Menurut Adrian (2019) :

Kemungkinan Hipertensi sekunder
Awitan hipertensi derajat 2 atau 3 usia muda (< 40 tahun), perkembangan hipertensi tiba-tiba, atau tekanan darah cepat memburuk pada pasien usia tua
Riwayat penyakit ginjal/traktus urinarius
Penggunaan obat/penyalahgunaan zat/terapi lainnya: kortikosteroid, vasokonstriktor nasal, kemoterapi, yohimbine, liquorice
Episode berulang berkeringat, nyeri kepala, ansietas, atau palpitasi, sugestif pheochromocytoma
Riwayat hipokalemia spontan atau terprovokasi diuretik, episode kelemahan otot, dan tetani (hiperaldosteronisme)
Gejala penyakit tiroid/ hiperparatiroidisme
Riwayat kehamilan saat ini dan/atau penggunaan kontrasepsi oral
Riwayat sleep apnoea

Tabel 2.4 Riwayat dan Gejala Hypertension Mediated Organ Damage

Riwayat dan Gejala Hypertension Mediated Organ Damage (HMOD), Penyakit kardiovaskuler, Stroke, Penyakit Ginjal
Otak dan mata: Nyeri kepala, vertigo, sinkop, gangguan penglihatan, transient ischemic attack (TIA), defisit motorik atau sensorik, stroke, revaskulerisasi karotis, gangguan kognisi, demensia (pada lanjut usia)
Jantung: Nyeri dada, sesak napas, edema, infark miokard, revaskulerisasi koroner, sinkop, riwayat berdebar-debar, aritmia (terutama AF), gagal jantung
Ginjal: Haus, poliuria, nokturia, hematuria, infeksi traktus urinarius
Arteri perifer: Ekstremitas dingin, klaudikasio intermiten, jarak berjalan bebas nyeri, nyeri saat istirahat, revaskulerisasi perifer

Riwayat Penyakit Ginjal Kronis (contoh: penyakit ginjal polikistik) pribadi atau keluarga

Tabel 2.5 Penggunaan Obat Anti Hipertensi

Penggunaan Obat Anti-hipertensi
Penggunaan obat antihipertensi sekarang/dahulu, termasuk efektivitas dan intoleransi pengobatan sebelumnya.
Ketaatan berobat.

2.2.6 Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah kekorda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat *vasomotor* dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai factor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepineprin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

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

pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi (Adrian, S, 2019).

2.2.7 Komplikasi Hipertensi

Komplikasi hipertensi menurut (Trianto, 2014) yaitu :

1. Penyakit jantung

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

2. Ginjal

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

3. Otak

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

4. Mata

Komplikasi berupa perdarahan retina , gangguan penglihatan,hingga kebutaan.

5. Kerusakan pada pembuluh darah arteri

Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteri atau yang sering disebut dengan aterosklerosis dan arterosklerosis (pengerasan pembuluh darah). Komplikasi berupa kasus perdarahan meluas sampai ke intraventrikuler (Intra Ventricular Haemorrhage) atau IVH yang menimbulkan hidrosefalus obstruktif sehingga memperburuk luaran. 1-4 Lebih dari 85% ICH timbul primer dari pecahnya pembuluh darah otak yang sebagian besar akibat hipertensi kronik (65-70%) dan angiopathy amyloid.

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang Hipertensi

Menurut (Rahma, 2021) pemeriksaan penunjang yang di lakukan pada penderita hipertensi bertujuan untuk mengetahui progresi penyakit ini. Pemeriksaan dasar yang sebaiknya di kerjakan pada hipertensi primer yakni :

1. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang di lakukan di sesuaikan dengan faktor resiko dan klinis pasien :

- a. Penilaian resiko kardiovaskuler : Gula darah puasa, profil lipid, asam urat
- b. Penilaian penyebab hipertensi : TSH (*Thyroid- stimulating hormone*)
- c. Penilaian komplikasi hipertensi :
 - 1) Serum kreatinin untuk perhitungan Egfr

2) Serum sodium

3) Urinalisa

2. Elektrokardiografi

Digunakan untuk menilai apakah terjadi komplikasi seperti infark miokard akut atau gagal jantung

3. Foto Polos Thoraks

Di gunakan untuk menilai apakah terjadi pembesaran ventrikel atau edema paru

4. Ekokardiografi

Digunakan untuk melihat fungsi katub dan bilik jantung

5. Doppler Perifer

Digunakan untuk melihat struktur pembuluh darah, misalnya pada thrombus vena dalam dan penyakit atrei perifer

6. USG Ginjal

Digunakan untuk melihat adanya kelainan pada ginjal, misalnya batu ginjal atau kista ginjal

7. CT Scan Kepala

2.2.9 Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut (Rudianto, 2013) penatalaksanaan hipertensi di bagi menjadi 2 jenis yaitu :

1. Penatalaksanaan non Farmakologi di antaranya :

a. Diet rendah garam/ kolestrol/ lemak jenuh

b. Mengurangi asupan garam ke dalam tubuh

- c. Ciptakan keadaan rileks
- d. Melakukan olahraga seperti senam aerobik atau jalan selama 30 - 45 sebanyak 3 - 4 kali seminggu
- e. Berhenti merokok dan alkohol

2. Penatalaksanaan dalam Farmakologi Terdapat banyak jenis obat antihipertensi saat ini. Untuk pemilihan obat yang tepat di harapkan menghubungi dokter di antaranya :

- a. Deuretik

Bekerja dengan cara mengeluarkan cairan tubuh (lewat kencing) sehingga volume cairan di tubuh berkurang yang mengakibatkan daya pompa jantung lebih ringan. Contoh : Hidroklotiazid

- b. Penghambat Simpatetik

Bekerja dengan menghambat aktivitas saraf simpatis (saraf yang bekerja pada saat kita beraktivitas). Contoh: metildopa, klonidin, dan resepin.

- c. Beta Blocker

Mekanisme kerja obat antihipertensi ini adalah melalui penurunan daya pompa jantung dan tidak di anjurkan pada penderita yang mengidap gangguan pernapasan seperti asma bronchial. Pada orang tua terdapat gejala bronkospasme (penyempitan saluran pernapasan), sehingga pemberian obat harus berhati-hati. contoh : Metaprolol, propranolol dan atenolol

- d. Antagonis kalsium

Menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghambat kontraksi jantung (kontraktilitis) contoh : nifedipin, Diltiazem dan Verapamil.

2.2.10 Pencegahan Hipertensi

Menurut (Febry et al., 2013) pencegahan hipertensi, yaitu :

1. Mengurangi konsumsi garam, kebutuhan garam per hari yaitu 5 gr (1 dst)
2. Mencegah kegemukan
3. Membatasi konsumsi lemak
4. Olahraga teratur
5. Makan buah dan sayuran segar
6. Hindari merokok dan tidak minum alkohol
7. Latihan relaksasi/ meditasi
8. Berusaha membina hidup yang positif

2.2 Konsep Lansia

2.2.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Di masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Azizah, 2012).

Lanjut Usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas (Sunaryo et al., 2016)

Lansia adalah seseorang yang telah berusia ≥ 60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati, 2017).

2.2.2 Batasan Umur Lansia

Menurut WHO, usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut :

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

4. Usia sangat tua (Very Old) usia diatas 90 tahun

2.2.3 Karakteristik Lansia

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

2.2.4 Tipe Lansia

Menurut (Sunaryo et al., 2016) tipe lansia yaitu :

1. Tipe arif bijaksana, lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.
2. Tipe Mandiri, lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.
3. Tipe tidak puas, lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik.
4. Tipe pasrah, lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis (habis gelap datang terang), mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apapun dilakukan.

5. Tipe bingung, lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

2.2.5 Proses Penuaan Lansia

Menurut (Sunaryo et al., 2016) tahap dewasa merupakan tahap tubuh mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu tubuh mulai menyusut dikarenakan berkurangnya jumlah sel-sel yang ada didalam tubuh. Sebagai akibatnya tubuh juga akan mengalami penuaan fungsi secara perlahan-lahan.

2.2.6 Tugas Perkembangan Lansia

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

2.2.7 Perubahan Pada Lansia

Menurut Azizah & M (2011) semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degenerative yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, social dan seksual. Perubahan akibat proses menua dijelaskan sesuai fungsi sistem organ tubuh. Sejalan dengan bertambahnya usia seseorang maka terjadi perubahan sistem organ tubuh yang berupa penurunan anatomi maupun fungsional organ-organ tersebut. Penurunan anatomic dan fungsional ini di

akibatkan oleh tidak baiknya faktor nutrisi, pemeliharaan kesehatan dan kurangnya aktivitas. Penurunan fungsional pada lansia mengarah pada terjadinya gangguan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (ADL) dan aktivitas sehari-hari independen (IADL) yang akan mempengaruhi kualitas kehidupan individu lansia.

2.1.7.1 Perubahan Fisik

1. Sistem Indra

Sistem pendengaran: *prebiakusis* (gangguan pada pendengaran) karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

2. Sistem Integument

Pada lansia kulit mengalami *atrofi*, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbecak.kekeringan kulit ini disebabkan *atrofi glandula sebacea* dan *glandula sudoritera*, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

3. Sistem Musculoskeletal

Perubahan system musculoskeletal pada lansia: jaringan penghubung (kolagendan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

4. Sistem Kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, vertikel kiri mengalami hipertropi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat

dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi Sa Nude dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat sistem respirasi.

5. Sistem Respirasi

Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerkan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

6. Pencernaan dan Metabolism

Perubahan yang terjadi pada system pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), *liver* (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

7. Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, eksresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8. Sistem Saraf

Susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

9. Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2.1.7.2 Perubahan Kognitif

1. Daya Ingat, Ingatan (*Memory*)
2. IQ (Intelligent Quocient)
3. Kemampuan belajar (*Learning*)
4. Kemampuan pemahaman (*Comprehension*)
5. Pemecahan masalah (*Problem solving*)
6. Pengambilan keputusan (*Decission Making*)
7. Kebijaksanaan (*Widsom*)
8. Kinerja (*Performance*)
9. Motivasi (*Motivation*)

2.1.7.3 Perubahan Mental

1. Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
2. Kesehatan umum
3. Tingkat pendidikan
4. Keturunan (Hereditas)
5. Lingkungan
6. Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutuhan dan ketulian
7. Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan
8. Rangkain dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan family
9. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri. Perubahan spiritual agama atau kepercayaan dalam kehidupannya.

2.1.7.4 Perubahan Psikososial

1. Kesepian

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

2. Duka Cita (*Betrevement*)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

3. Depresi

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

4. Gangguan cemas

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

5. *Parafreia*

Suatu bentuk skizofreia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangga mencuri barang-barang atau berniat membutuhkannya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/dislasi atau menarik diri dengan sosial.

6. *Sidroma Diogenes*

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat megaggu. Rumah atau kama tidur bau karena lansia bermain-main degan feses da urinnya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadan tersebut dapat terulang kembali

2.2.8 Sindrome Geriatri 4.1

Menurut (Vina, 2015) sindrom geriatri meliputi gangguan kognitif, depresi, inkontinesia, ketergantungan fungsional, dan jatuh. Sindrom ini dapat menyebabkan angka morbiditas yang signifikan dan keadaan yang buruk pada usia tua yang lemah. Sindrom ini biasanya melibatkan beberapa sistem organ. Sindrom geriatrik mungkin memiliki kesamaan patofisiologi meskipun presentasi yang berbeda, dan memerlukan intervensi dan strategi yang berfokus terhadap faktor etiologi. Sindrom geriatri jua merupakan serangkaian kondisi klinis pada orang tua yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien dan dikaitkan dengan kecacatan. Tamplan klinis yang tidak khas sering membuat sindrom geriatri tidak terdiagnosis.

Sindrom geriatri antara lain:

1. *“The O Complex” : fall, confusion, incontinence, iatrogenic disorders, impaired homeostasis*
2. *“The Big Three”: Intellectual failure, instability, incontinence*
3. *“The 14 I” : Immobility, impaction, Instability, iatrogenic, intellectual Impairment, Insomnia, Incontinence, Isolation, Impotence, Immunodefficiency, Infection, Inanition, Impairment of Vision, Smelling, Hearing, Impecunity.*

2.1.8.1 Menurut Vina (2015) Jenis dan klasifikasi geriatri syndrome :

1. Imobility (Imobilisasi)

Imobilisasi adalah keadaan tidak bergerak/tirah baring selama 3 hari atau lebih, diiringi gerak anatomis tubuh yang menghilang akibat perubahan fungsi fisiologis.

2. Instability (Instabilitas dan jatuh)

Gangguan keseimbangan (instabilitas) akan memudahkan pasien geriatri terjatuh dan dapat mengalami patah tulang.

3. Intelektual Impairment (Gangguan Kognitif)

Keadaan yang terutama menyebabkan gangguan intelektual pada pasien lanjut usia adalah delirium dan demensia.

4. Incontinence (Inkontinensia Urin dan alvi)

WHO mendefinisikan Faecal Incontinence sebagai hilangnya tak sadar feses cair atau padat yang merupakan masalah sosial atau higienis. Definisi lain menyatakan inkontinensia alvi/fekal sebagai perjalanan spontan atau keyidakmampuan untuk mengendalikan pembuangan feses melalui anus. Kejadian inkontinensia alvi/fekal lebih jarang dibandingkan inkontinensia urin.

Inkontinensia urin didefinisikan sebagai keluarnya urin yang tidak terkendali pada waktu yang tidak dikehendaki tanpa memperhatikan frekuensi dan jumlahnya, sehingga mengakibatkan masalah sosial dan higienis. Inkontinensia urin seringkali tidak dilaporkan oleh pasien atau keluarga karena malu atau tabu untuk diceritakan, ketidaktahuan dan menganggapnya sebagai sesuatu yang wajar pada orang usia lanjut serta tidak perlu diobati. Contohnya :

a. Inkontinensia urin akut reversibel

Merupakan setiap kondisi yang menghambat mobilitas pasien dapat memicu timbulnya inkontinensia urin fungsional atau memburuknya inkontinensia persisten, seperti fraktur tulang pinggul, stroke, arthritis dan sebagainya.

b. Inkontinensia urin persisen

Dapat diklasifikasikan dalam berbagai cara meliputi anatomi, patofisiologi dan klinis.

c. Inkontinensia urin stres

Tak terkontrolnya aliran urin akibat meningkatnya tekanan intraabdominal seperti pada saat batuk, bersin atau berolahraga. Umumnya disebabkan oleh melemahnya urin pada lansia dibawah 75 tahun.

d. Inkontinensia urin urgensi

Keluarnya urin secara tak terkontrol dikaitkan dengan sensasi keinginan berkemih. Inkontinensia urin jenis ini umumnya dikaitkan dengan kontraksi detrusor tak terkontrol.

e. Inkontinensia urin luapan/overflow

Tidak terkontrolnya pengeluaran urin dikaitkan dengan distensi kandung kemih yang berlebihan

f. Inkontenansia urin fungsional

Merupakan keadaan yang mengalami pengeluaran urin secara tanpa disadari dan tidak dapat diperkirakan.

g. *Isolation* (Depresi)

Gangguan depresi pada usia lanjut kurang dipahami sehingga banyak kasus tidak dikenali.

h. *Immunodeficiency* (penurunan imunitas)

Perubahan yang dapat terjadi dari proses menua adalah: berkurangnya imunitas yang dimediasi oleh sel, rendahnya afinitas produksi antibodi, meningkatnya autoantibodi, terganggunya fungsi makrofag, berkurangnya hipersensitivitas tipe lambat, atrofi timus, hilangnya hormon timus, berkurangnya produksi sel B oleh sel-sel sumsum tulang

i. *Infection* (infeksi)

Infeksi sangat erat kaitannya dengan penurunan fungsi sistem imun pada usia lanjut. Infeksi yang sering dijumpai adalah saluran kemih, pneumonia, sepsis dan meningitis. Kondisi lain seperti kurang gizi, multipatologi, dan faktor lingkungan memudahkan usia lanjut terkena infeksi.

j. *Inanitation* (malnutrisi)

Etiologi malnutrisi yaitu : malnutrisi primer terjadi sebab dietnya mutlak salah satu kurang, malnutrisi sekunder atau bersyarat.

k. *Impaction* (konstipasi)

Konstipasi oleh Holson adalah 2 dari keluhan-keluhan berikut yang berlangsung dalam 3 bulan, konsistensi feses keras, mengejan dengan keras saat BAB, rasa tidak tuntas saat BAB meliputi 25 % dari keseluruhan BAB.

l. *Insomnia* (gangguan tidur)

Merupakan gangguan tidur yang sering dijumpai pada pasien geriatri.

m. *Latrogenik disorder* (gangguan latrogenik)

Karakteristik yang khas dari pasien geriatri yaitu multipatologik, sering kali menyebabkan pasien mengonsumsi obat yang tidak sedikit jumlahnya.

n. Gangguan pendengaran, penglihatan dan penciuman

Gangguan penglihatan dan pendengaran juga sering dianggap sebagai hal yang biasa akibat proses menua.

2.1.9 Kemandirian

Menurut Hardywinoto (2014) kemandirian orang lanjut usia dapat dilihat dari kualitas kesehatan mental. Ditinjau dari kualitas kesehatan mental, dapat di kemukakan hasil kelompok ahli dari WHO pada tahun 2010 yang menyatakan bahwa mental yang sehat mempunyai ciri – ciri sebagai berikut :

1. Dapat menyesuaikan diri secara konstruktif dengan kenyataan/realitas, walau realitas tadi buruk
2. Memperoleh kepuasan dari perjuangannya
3. Merasa lebih puas untuk memberi daripada menerima
4. Secara relatif bebas dari rasa tegang dan cemas
5. Berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan
6. Menerima kekecewaan untuk di pakai sebagai pelajaran untuk hari depan
7. Menjuruskan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif
8. Mempunyai daya kasih sayang yang besar

2.1.9.1 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian pada Lansia

1. Cara pengukuran tingkat kemandirian *activity daily living*

Untuk mengkaji kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari menggunakan *Katz Indeks*. *Kart indeks* digunakan untuk mengkaji kemampuan dalam melakukan ADL seperti mandi, berpakaian, toileting, transferring,

pengawasan diri, makanan. Instrumen ini memberikan kerangka kerja untuk mengkaji kemampuan untuk hidup mandiri atau dengan bantuan.

Katz indeks terdiri dari :

a. Mandi

- 1) Mandiri (1) : mandi sendiri sepenuhnya atau membutuhkan bantuan hanya pada bagian tubuh seperti punggung, alat kelamin atau area ekstremitas yang cacat.
- 2) Ketergantungan (0) : butuh bantuan untuk memandikan sebagian atau seluruh bagian tubuh, baik masuk ataupun keluar bak mandi.

b. Berpakaian

- 1) Mandiri = dapatkan pakaian dari lemari dan laci, memakai pakaian dalam dan luar lengkap dengan pengencang, mungkin hanya membutuhkan bantuan dalam mengikat tali sepatu.
- 2) Ketergantungan = butuh pakaian dalam berpakaian sendiri dan berpakaian lengkap.

c. Toileting

- 1) Mandiri = pergi ke toilet, mengatur pakaian, dan membersihkan alat genitalia tanpa bantuan.
- 2) Ketergantungan = butuh bantuan untuk ke toilet dan bersih bersih mandiri, dan bantuan untuk menggunakan pakaian.

d. *Transferring*

- 1) Mandiri = pindah masuk dan keluar dari tempat tidur ke kursi tanpa bantuan.
- 2) Ketergantungan = butuh bantuan pindah dari tempat tidur ke kursi.

e. Pengawasan Diri

- 1) Mandiri = latihan lengkap sendiri kontrol atas buang air kecil dan buang air besar.
- 2) Ketergantungan = butuh bantuan sebagian atau penuh dalam inkontinensia usus dan inkontinensia kandung kemih.

f. Makanan

- 1) Mandiri = mengambil makanan dari piring ke dalam mulut tanpa bantuan, persiapan makan bisa dilakukan oleh orang lain.
- 2) Ketergantungan = perlu sebagian atau total membantu pemberian makan atau memenuhi makan parenteral.

2.1.9.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian pada Lansia

Menurut (Hardywinoto, 2014) faktor-faktor yang berhubungan dengan kemandirian lanjut usia terdiri dari dua faktor yaitu :

1. Faktor Kesehatan

Faktor kesehatan meliputi kesehatan fisik maupun kesehatan psikis. Faktor kesehatan fisik meliputi kondisi fisik lanjut usia dan daya tahan fisik terhadap serangan penyakit, sedangkan faktor kesehatan psikis meliputi penyesuaian terhadap kondisi lanjut usia.

a. Kesehatan Fisik

Pada umumnya disepakati bahwa kebugaran dan kesehatan mulai menurun pada usia setengah baya. Penyakit – penyakit degenerative mulai menampakkan diri pada usia ini (Depkes et al., 2011)

b. Kesehatan Psikis

Masalah psikologik yang dialami oleh golongan lansia ini pertama kali mengenai sikap mereka sendiri terhadap proses menua yang mereka hadapi,

antara lain kemunduran badaniah atau dalam kebingungan untuk memikirkannya. Dalam hal ini dikenal apa yang disebut *disengagementtheory*, yang berarti ada penarikan diri dari masyarakat dan diri pribadinya satu sama lain (Darmojo, 2010)

c. Faktor Sosial

Menurut Suhartini (2012) hubungan ini mendatangkan kepuasan yang timbul dari perilaku orang lain. Pekerjaan yang dilakukan seorang diri dapat menimbulkan kebahagiaan seperti halnya membaca buku, membuat karya seni, dsb karena pengalaman tersebut dapat dikomunikasikan dengan orang lain. Pengkajian fungsional yang akan di pakai dalam penelitian ini adalah Barthel Index. Barthel index adalah satu pengukuran tingkat ketergantungan dalam pengkajian fungsional. Pengkajian Barthel Index berdasarkan pada evaluasi kemampuan fungsi mandiri atau bergantung dari lansia yang di nilai fungsi mobilitas dari ADL. Barthel Index ini melakukan penilaian berdasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktifitas fungsional yang terdiri dari 10 pertanyaan.

2.1.10 Aktivitas Hidup Sehari-hari (*Activity of Daily Living*)

Menurut Setiadi (2015), *Activity of Daily Living (ADL)* ada 2 yaitu, ADL standar dan ADL instrumental. ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, BAB/BAK, dan mandi. Sedangkan ADL instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang. Beberapa sistem penilaian yang dikembangkan dalam pemeriksaan kemampuan fungsional antara lain : Barthel Index, Katz Index, Scale IADL, Rapid Disability Rating Scale-2 (RDRS-2), (Kane 1984 dalam Ann, 2007). Berikut ini adalah kuesioner yang dilakukan

untuk menilai Aktivitas Sehari-hari pada Lansia :

Tabel 2.6 IADL (Instrument Activity Daily Living)

No.	Activity Daily Living	Score
1	Kemampuan untuk menggunakan telepon	
	a. Mengoperasikan telepon berdasarkan kemauan sendiri; melihat dan menekan nomor	1
	b. Menekan beberapa nomor yang mudah diketahui	1
	c. Menjawab telepon, tapi tidak menekan nomor	1
	d. Tidak menggunakan telepon sama sekali	1
2	Berbelanja	
	a. Menangani semua belanjaan kebutuhan secara mandiri.	1
	b. Belanja sendiri (mandiri) untuk pembelian yang kecil.	0
	c. Perlu ditemani saat berbelanja.	0
	d. Benar-benar tidak bisa berbelanja.	0
3	Mempersiapkan makanan	
	a. Merencanakan, menyiapkan dan menyajikan makanan yang cukup secara mandiri.	1
	b. Menyiapkan makanan yang cukup jika disediakan dengan bahan-bahannya .	0
	c. Memanaskan dan menyajikan makanan yang sudah disiapkan atau menyiapkan makanan atau tidak menjaga diet yang cukup.	0
	d. Memerlukan makanan yang sudah disiapkan dan disajikan.	0
4	Pekerjaan rumah tangga	
	a. Memelihara rumah sendiri dengan beberapa bantuan (pekerjaan berat)	1
	b. Melakukan tugas rumah yang ringan seperti mencuci piring dan menata tempat tidur (kasur)	1
	c. Melakukan tugas rumah yang ringan, tapi tidak menjaga standar kebersihan yang dapat diterima.	1
	d. Membutuhkan bantuan dalam semua tugas pemeliharaan rumah.	1
	e. Tidak berpartisipasi dalam segala tugas menjaga/memelihara rumah.	0
5	Mencuci baju	
	a. Benar-benar mencuci baju sendiri.	1
	b. Mencuci barang-barang kecil, membilas kaos kaki, stocking, dll	1
	c. Semua cucian baju harus dilakukan oleh orang lain.	0
6	Moda transportasi	
	a. Berpergian secara mandiri dengan transportasi umum atau mengendarai mobil sendiri.	1
	Mengatur sendiri perjalanan dengan taxi, jika tidak menggunakan transportasi umum.	1

	c. Bepergian menggunakan transportasi umum saat dibantu atau ditemani orang lain.	1
	d. Bepergian sebatas dengan taxi atau aotomobile dengan bantuan orang lain.	0
	e. Tidak bepergian sama sekali.	0
7.	Tanggung jawab untuk obatnya sendiri a. Pasien cukup bertanggung jawab untuk meminum obat sesuai dosis dan waktu yang tepat. b. Bertanggung jawab jika obat sudah disiapkan dalam dosis yang berbeda. c. Tidak mampu dalam mengatur obatnya sendiri.	1 0 0
8.	Kemampuan menhandel keuangan a. Mengatur masalah keuangan secara mandiri (budget, menulis check, membayar angsuran dan tagihan, pergi ke bank); mengumpulkan dan menyimpan bukti pendapatan. b. Mengatur pengeluaran sehari-hari, tapi membutuhkan bantuan dalam pergi ke di bank, pengeluaran utama, dll. c. Tidak mampu menhandle uang (keuangan)	1 0 0

Sumber: Lawton, M.P. dan Brody, E.M. "penilaian pada lansia: pemeliharaan diri dan peralatan kegiatan dalam skala kehidupan sehari-hari." *Gerontologist* 9:179-186, (1968). Copyright (c) The Gerontological Society of America.

2.1.9.1 Faktor yang Mempengaruhi *Activity of Daily Living* (ADL)

Menurut (Hardywinoto, 2014) kemauan dan kemampuan untuk melakukan *activity of daily living* tergantung pada beberapa faktor yaitu :

2. Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *activity of daily living*. Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan-lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan *activity of daily living*.

b. Kesehatan Fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam *activity of daily living*, contoh sistem nerveus mengumpulkan, menghantarkan, dan mengolah informasi dari lingkungan. Sistem

muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injury dapat mengganggu pemenuhan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2014).

c. Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living*. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2014).

d. Pengkajian *SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)*

Pengkajian ini bertujuan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan matematis.

i. *Mini Mental Stase Exam (MMSE)*

Tujuan dari pengkajian ini adalah untuk melengkapi dan nilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujaun diagnostik. Pengkajian ini menguji aspek kognitif dari fungsi mental seperti orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada lansia adalah tahap pertama dari proses keperawatan. Tahap ini adalah tahap penting dalam rangkaian proses

keperawatan. Pada tahap pengkajian akan didapatkan berbagai informasi yang dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan masalah keperawatan pada lansia. Keberhasilan dalam melakukan pengkajian keperawatan merupakan hal penting untuk tahapan proses keperawatan selanjutnya, yang meliputi :

1. Anamnesis

a Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomer register, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis (Padila, 2013)

b. Status Kesehatan sekarang dibagi menjadi 3, yaitu :

a. Keluhan utama yang dirasakan lansia saat ini, alasan masuk panti dan perjalanan penyakit saat ini, faktor pencetus dan memperberat, upaya yang dilakukan untuk mengatasinya.

b. Riwayat penyakit dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan riwayat perjalanan penyakit saat ini dan upaya yang dilakukan untuk mengatasinya.

c. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik (Padila, 2012).

c. Pengkajian Fisik *Age Related Changes* (Perubahan Terkait Proses

Menua, yaitu :

- 1) Fungsi Fisiologis, mengkaji tentang kondisi umum, Integumen, Hematoepotic, kepala, mata, telinga, hidung sinus, mulut dan tenggorokan, leher, pernapasan, kardiovaskuler, gastrointestinal, perkemihan, reproduksi, muskuloskeletal, dan persyarafan.
- 2) Potensi Pertumbuhan Psikososial dan Spiritual, meliputi :
Psikososial dan spriritual
- 3) Lingkngan
- 4) Negative Funtional Consequences. Mengkaji tentang :
 - a. Kemampuan ADL

Tabel 2.7 Indeks Barthel dalam Pemenuhan Kemandirian Lansia

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

Interpretasi: klien mendapatkan skor dengan kategori :

- 0-20 : Ketergantungan Penuh
 21-61 : Ketergantungan Berat
 62-90 : Ketergantungan Sedang
 91-99 : Ketergantungan Ringan

100 : Mandiri

b. Aspek Kognitif

Tujuan dari pengkajian ini adalah untuk melengkapi dan nilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostik. Pengkajian ini menguji aspek kognitif dari fungsi mental seperti orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

Tabel 2.8 Pengkajian MMSE (*Mini Mental Stase Exam*)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar a. Tahun b. Musim c. Tanggal d. Hari e. Bulan
2	Orientasi registrasi	5 3		Dimana sekarang kita berada ? a. Negara b. Propinsi c. Kabupaten Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas) kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2) Meja 3) Kertas
3	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100, kemudian di kurang 7 sampai 5 tingkat. 1. 100, 93

4	Mengingat	3		<p>Meminta klien untuk menyebutkan objek pada poin 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
5	Bahasa	9		<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Bantal 2). Lemari 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) <p>Klien menjawab :</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk 

Interprestasi hasil yang didapatkan :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 - 17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan Tidak Ada Gangguan Kognitif

c. Tingkat Kerusakan Intelektual

Tabel 2.9 Pengkajian *SPMSQ* (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

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

Interpretasi :

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : fungsi intelektual kerusakan berat

d. Tingkat Keseimbangan

Table 2.10 *Time Up Go Test*

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1		
2		
3		
Rata-rata Waktu TUG		

Interprestasi hasil :

Apabila hasil pemeriksaan TUG menunjukkan hasil berikut:

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

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

e. Kecemasan, GDS :

Table 2.11 Pengkajian Depresi

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

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

Interpretasi :

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

f. Status Nutrisi :

Table 2.12 Status Nutrisi

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

(American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam *Introductory Gerontological Nursing, 2001*)

Interpretasi: hasil di dapatkan hasil interpretasi dengan score 2 (good)

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional risk

6 > : High nutritional risk

g. Fungsi sosial lansia :

Table 2.13 Pengkajian menggunakan APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA :

NO	URAIAN	FUNGSI	SKORE
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	0

2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	0
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	0
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	0
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	0
Kategori Skor: Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skor 2 2). Kadang-kadang : 1 3). Hampir tidak pernah : skor 0 Intepretasi: < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik		Total	

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut SDKI antara lain :

1. Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (D.0078, halaman 175).
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D.0055, halaman 126).
3. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (D.0057, halaman 130).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

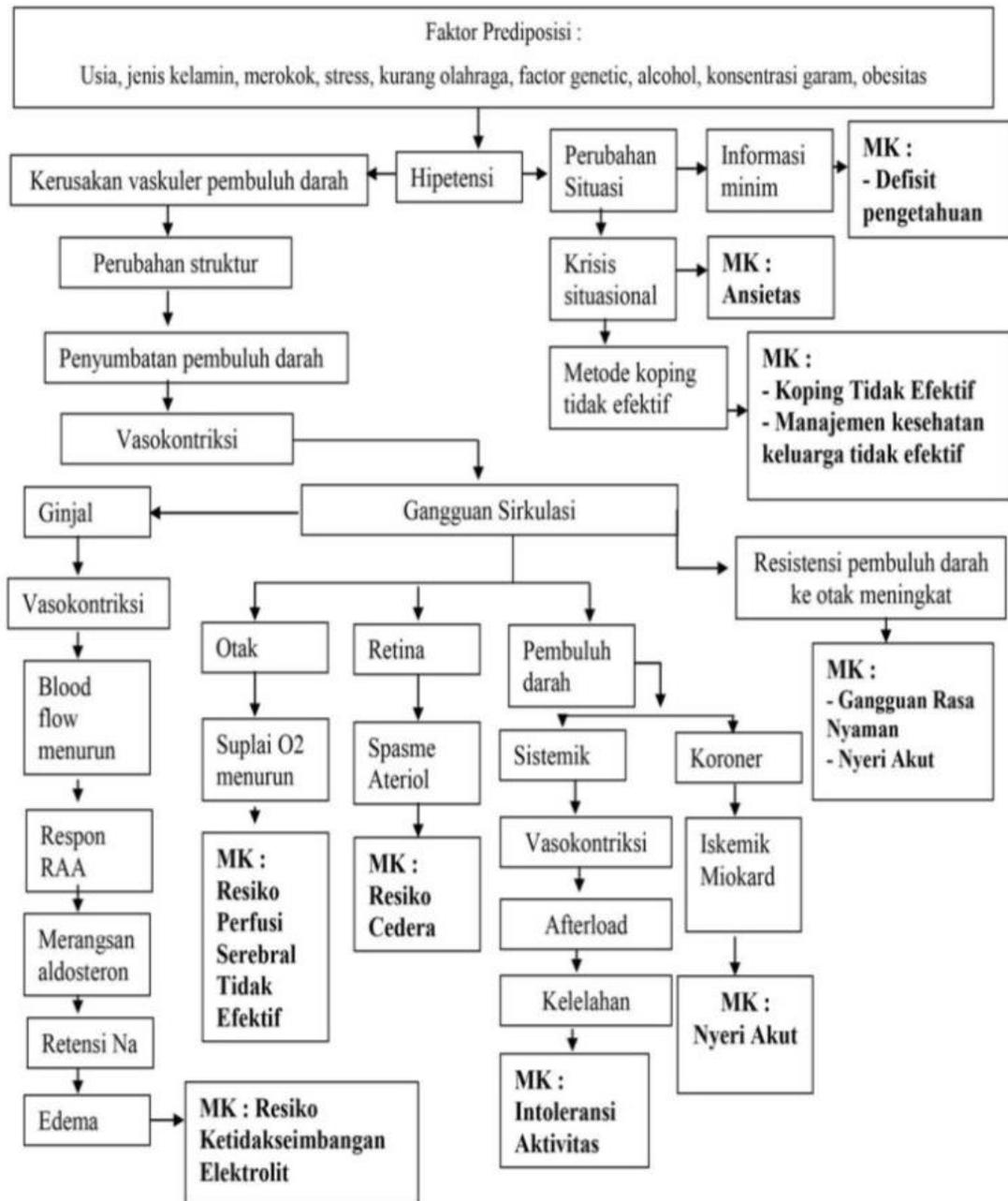
No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (D.0078, halaman 175)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x6 jam diharapkan tingkat nyeri : (SLKI, L.08066 hal 145) - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat	SIKI : Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

		<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Gelisah menurun - Anoreksia menurun - Muntah menurun - Frekuensi nadi membaik - Tekanan darah membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi Istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Keletihan berhubungan dengan Gejala Penyakit Hipertensi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x6 jam diharapkan tingkat keletihan	<p>Manajemen Energi (1.05178)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan

	(SDKI, halaman D.0057)	berkurang (SLKI, L.05046), dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi lelah menurun 2. Lesu menurun 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi napas menurun 6. Pola napas membaik 	fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (SDKI D.005 HAL 126)	SLKI L.05045 halaman 96 Setelah dilakukan tindakan 3 x 6 jam, didapatkan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 	SIKI 1.05174 HAL 48 <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor prngganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi obat idur yang

		<p>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</p> <p>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>dikonsumsi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dll) batasi waktu tidur siang jika perlu. 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan(mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan relaksasi otot autogenik.
--	--	---	--

2.4 WOC Hipertensi



Bagan 2.1 Pathway Hipertensi

(Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diganosa Keperawatan Indonesia dalam PPNI, 2017)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 13 – 14 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 pukul 15.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan data observasi perawat sebagai berikut :

3.1. Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Tn. S bertempat tinggal di Malang dari suku Jawa berjenis kelamin laki-laki, usia 80 tahun dan beragama Islam. Status pernikahan menikah. Pendidikan terakhir Pasien SMP. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wredha Surabaya selama ± 6 bulan. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu tetangga. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai tukang pijit di Surabaya.

3.1.2 Status Kesehatan Sekarang

Keluhan utama Tn. S nyeri pada kepala dan tengkuk leher. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 Tn.S mengeluh kepala pusing, mata berkunang-kunang dan susah tidur di siang hari dan saat malam sering terbangun. Nyeri dirasakan saat beraktivitas, nyeri yang dirasakan seperti dipukuli dengan skala nyeri 7 dari skala (0-10) atau skala nyeri berat. Tn. S memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, dan DM sejak 2 tahun yang lalu, pada saat pengkajian dilakukan cek GDA secara acak sebelum makan siang dengan hasil 132 mg/dL, klien rutin meminum obat yaitu Amlodipine 5mg 1x1 dan dan Asam mefenamat

500mg 1x1.

3.1.3 Age Related Changes (Perubahan Terkait Proses Menua)

1. Kondisi Umum

Tn. S merasa kelelahan ketika beraktivitas banyak, tidak terdapat perubahan BB, Tidak ada perubahan nafsu makan, terdapat masalah tidur sering terbangun di siang hari dan malam hari, kemampuan adl (*activity of daily living*) baik, BB : 65 kg TB : 165 cm, suhu 36,5 °C, nadi: 90 x/menit, tekanan darah 150/80 mmHg, respirasi : 20x/menit.

2. Hematopoetic

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

3.1.4 Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

Pemeriksaan tanda – tanda vital: suhu: 36,5 °C, nadi: 90x/menit, tekanan darah : 150/80 mmHg, frekuensi nafas: 20 x/menit, tinggi badan: 165 cm, berat badan: 65 kg. Wajah pasien tampak menyeringai menahan nyeri.

1. Kepala

Tn. S mengatakan pusing di tengkuk leher. Kepala bentuk simetris, bersih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek dan sedikit rontok..

2. Mata

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

3. Hidung

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

peradangan dan penciuman tidak terganggu.

4. Mulut dan Tenggorokan

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

5. Telinga

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

6. Leher

Pada Tn. S mengatakan nyeri di tengkuk leher, tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis.

7. Dada

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

8. Abdomen

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

9. Genetalia

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

10. Ekstermitas

Pada Tn. S tidak ditemukan fraktur. Kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatn otot ekstermitas bawah 5555/5555. Tidak ada edema , tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak

bebas, Reflek Bisep +/+,reflek trisep +/+.

11. Integumen

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

12. Sistem Neurologis

GCS : E4 V5 M6, Pemeriksaan pulsasi ditemukan CRT < 2 detik, jari- jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah. Tn. S merasakan nyeri di tengkuk leher belakang, rasanya seperti di tusuk-tusuk, skala yang dirasakan 7 (0-10), nyeri yang di rasakan hilang timbul.

3.1.5 Pengkajian Psikososial dan Spiritual

Hubungan dengan Tn. S dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Dan Tn. S selalu aktif beribadah di mushola. Hubungan dengan Tn. S orang lain di panti hanya sebatas kenal karena Tn. S jarang pergi jauh dari kamarnya. Kebiasaan Tn. S selalu berinteraksi dengan orang di sekitarnya. Stabilitas emosi Tn. S stabil . Mekanisme koping Tn.S mengatakan sudah memasrahkan dirinya kepada Allah, dan sekarang sudah menyiaapkan dirinya dengan aktif beribadah.

3.1.6 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Pada Tn. S ditemukan data bahwa pasien saat berdiri dari tempat duduk atau bangun dari tempat tidur mengeluh nyeri di leher, tampak lesu dan merasa kurang tenaga walaupun sudah tidur. Tn. S makan 3x/hari dengan porsi habis. Tn. S minum \pm 1800 cc/hari. Tn. S mengatakan sulit tidur saat malam, terkadang baru tertidur sekitar pukul 21.00/22.00 WIB dan selalu terbangun pada pukul 01.00 WIB dan pukul 02.00 tidur kembali, lalu bangun untuk mandi pukul 05.00 WIB

dan tidak tidur siang. Saat melakukan patroli malam pukul 22.30 WIB perawat mendapati pasien masih terbangun sendirian ditempat tidur disaat teman teman sekamarnya sedang tertidur. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur atau didepan kamar. Frekuensi BAB Tn. S yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari, dan tidak ada gangguan saat BAK. Tn.S mandi 2 x/ hari secara mandiri. Ganti baju 1-2x/hari.

3.1.7 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

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

2. Fasilitas

Di panti wredha terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 m², ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah (mushola). Terdapat pegangan di kamar mandi dan di depan kamar Tn. S untuk mengurangi resiko terjatuh

3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa penanggulangan bencana dan kebakaran.

Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan rata.

4. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung. Untuk berkomunikasi dengan keluarga lewat telfon, Tn. S di dampingi oleh perawat gerontik untuk membantu jika ada informasi yang penting agar dapat tersampaikan dengan baik.

3.1.8 Negative Functional Consequences

1. Pengkajian Kemampuan ADL (*activity of daily living*) menggunakan Indeks

Bhartel

Saat dilakukan pengkajiaan pada Tn.S didapatkan interpretasi hasil “91” atau dalam kategori ketergantungan ringan.

2. Pengkajian Aspek Kognitif

Saat pengkajian pada Tn.S didapatkan bahwa Tn. S mampu menjawab 29 pertanyaan dari 30 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga didapatkan hasil tidak ada gangguan kognitif.

3. Tingkat Kerusakan Intelektual menggunakan SPMSQ (*short portable mental status questioner*)

Dari 10 pertanyaan yang di ajukan kepada Tn. S, beliau hanya bisa menjawab 9 pertanyaan benar. 1 pertanyaan yang tidak bisa terjawab yaitu usia Tn. S. Usia sesuai di RM medis Tn. S yaitu 80 tahun. Tn. S menjawab bahwa usianya 60 tahun. Berdasarkan hasil dari pengkajian, didapatkan interprestasi hasil yaitu fungsi intelektual utuh.

4. Pengkajian Depresi

Dari 15 pertanyaan yang diajukan, Tn. S bisa menjawab 13 pertanyaan

benar, dan 2 pertanyaan yang tidak bisa terjawab. Dan didapatkan interpretasi hasil bahwa Tn. S memiliki penilaian 2 dan masuk kategori tidak ada depresi atau minimal.

5. Pengkajian Status Nutrisi

Pengkajian pada Tn. S menggunakan pendekatan determinan nutrisi pada lansia sebagai berikut, Tn. S menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi dengan skor 2, makanan < 2x dengan skor 0, makan sedikit buah, sayur/olahan susu dengan skor 0, mempunyai 3 atau lebih kebiasaan minum alkohol setiap hari dengan skor 0, mempunyai terapi minum obat 3x/lebih

6. Pengkajian Fungsi Sosial Lansia menggunakan APGAR Keluarga

Pada Tn.S didapatkan bahwa Tn.S mampu berinteraksi dengan keluarga, dilingkungan secara baik.

3.2. Terapi yang diberikan

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Amlodipine	1x5mg 1x1	Untuk mengurangi tekanan darah tinggi
Asam mefenamat	1x500mg 1x1	Mengurangi rasa nyeri

3.3. Analisa Data

Hasil Pengkajian didapatkan sebagai berikut :

- a. Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (D.0078, HAL 175) ditandai dengan Tn. S mengatakan nyeri di tengkuk leher. P: saat tekanan darahnya naik, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dibagian kepala dan tengkuk leher S: 7, (0-10) *wong-baker face pain rating*, T: nyeri hilang timbul, Pasien tampak meringis menahan kesakitan, Pasien tidur tidak

teratur, Pada pemeriksaan tekanan darah di dapatkan hasil TD : 150/80 mmHg S : 36,5⁰C, N : 90 x/mnt, RR : 20 x/mnt. Rasional pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri kronis seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengeluh nyeri di kepala dan tengkuk leher, nyeri bertambah saat tekanan darah meningkat, skala nyeri 7 dari 0-10, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul. Pasien juga tampak meringis dan gelisah. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas utama sehingga tindakan pengurangan nyeri harus segera ditangani.

- b. Kelelahan berhubungan dengan gejala penyakit hipertensi (D.0057, hal 130) ditandai dengan Tn. S mengatakan pusing, sakit dibagian kepala dan tengkuk leher, Tn. S tampak lesu, dan merasa kurang tenaga walaupun sudah tidur. Pada pemeriksaan tekanan darah di dapatkan hasil TD : 150/80 mmHg S : 36,5⁰C, N : 90 x/mnt, RR : 20 x/mnt. Rasional pasien memiliki masalah utama yaitu kelelahan.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala (D.0055, hal 126) ditandai dengan Tn. S Pasien mengatakan kesulitan tidur karena sakit kepala, Tn. M mengatakan jika siang hari tidak bisa tidur dan sering terbangun 1 jam sekali. Dan saat malam pasien tidur dari pukul 21.00/22.00 tiba-tiba pukul 01.00 terbangun. Lalu pukul 02.00 tidur kembali, mata Tn.S tampak sayu, Tn. S tampak gelisah, dalam 24 jam Tn. S tertidur kurang lebih 4-5 jam. Rasional pasien memiliki masalah utama yaitu gangguan pola tidur seperti data yang di tunjukkan bahwa Tn. S sulit tidur karena sakit kepala, sakit dibagian kepala dan tengkuk leher, mengatakan jika siang hari tidak bisa tidur dan sering terbangun 1 jam sekali dan malamnya juga Tn. S

sering terbangun, tampak sayu dan gelisah.

3.4. Prioritas Masalah

Tabel 3.1 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis	13-01-2022		<i>Mey</i>
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri kepala	13-01-2022		<i>Mey</i>
3.	Keletihan berhubungan dengan gejala penyakit hipertensi	13-01-2022		<i>Mey</i>

3.5. Rencana Keperawatan

Tujuan Keperawatan

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (D.0078, HAL 175). Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Nyeri : (SLKI, L.08066 hal 145) menurun ditandai dengan keluhan nyeri menurun dari skala 7 ke skala , Meringis menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100x/mnt). Intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri (1.08238) 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2) Identifikasi respon nyeri non verbal. 3) Monitor efek samping penggunaan analgetik. 4) Fasilitasi istirahat dan tidur. 5) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 6) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. 7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala (D.0055, hal 126) Tujuan selama dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur (SLKI L.05045 HAL 96) membaik ditandai dengan keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Intervensi yang dilakukan yaitu Identifikasi (105174) 1) pola aktivitas dan tidur, 2) Identifikasi faktor prngganggu tidur (fisik atau psikologis) , 3) Identifikasi obat idur yang dikonsumsi, 4) Tetapkan jadwal tidur rutin, Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, 5) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur , 6) Anjurkan relaksasi otot autogenik.

- c. Keletihan berhubungan dengan gejala penyakit Hipertensi (D. 0057, hal 130)
Tujuan selama dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keletihan (L.05046) berkurang ditandai dengan 1) verbalisasi lelah menurun, 2) Lesu menurun, 3) Sakit kepala menurun, 4) Gelisah menurun, 5) Frekuensi napas menurun, 6) Pola napas membaik

3.6. Implementasi dan Evaluasi

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (D.0078, HAL 175). Pelaksanaan asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien dilakukan sejak tanggal 13-15 Januari 2022. Implementasi pada hari pertama tanggal 13 Januari 2022 : 1) Bina Hubungan saling percaya seperti (Respon : Klien bersikap kooperatif, memberikan tanggapan, dan respon yang baik terhadap perawat, 2) Mengkaji nyeri secara komprehensif P: nyeri kepala, Q: nyeri seperti tertusuk tusuk. R: Di kepala(tengkuk). S: Skala 7 dari (0-10) atau nyeri berat, T: hilang timbul, 3) Melatih relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, 4) Anjurkan minum analgetik secara tepat dan teratur (Amplodipine 5mg 1x1) dan (Asam mefenamat 500 mg 1x1, 5) Memonitor efek samping penggunaan analgesik, 6) Anjurkan melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi pijat dan kompres hangat/dingin), 7) Mengukur TTV : TD : 150/80mmhg, N : 90x/menit, RR : 20x/menit.

Evaluasi tanggal 13 Januari 2022 pukul 15.00 Pasien mengatakan nyeri kepala dan di tengkuk leher, P: saat tekanan darahnya naik, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R:

dibagian kepala dan tengkuk leher S: 7, (0-10) *wong-baker face pain rating*, T: nyeri hilang timbul, Pasien tampak meringis menahan kesakitan, Pasien tidur tidak teratur, Pada pemeriksaan tekanan darah di dapatkan hasil TD : 150/80 mmHg S : 36,5°C, N : 90 x/mnt, RR : 20 x/mnt. Masalah nyeri belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pemberian analgetik Amplodipnie 5gr 1x1., Monitor tingkat nyeri pasien, Monitor ttv pasien, Fasilitasi pasien istirahat dan tidur.

Implementasi pada hari pertama tanggal 14 Januari 2022 : 1) Mengkaji nyeri secara komprehensif P: nyeri kepala, Q: nyeri seperti tertusuk tusuk. R: Di kepala(tengkuk). S: Skala 5 dari (0-10) atau nyeri sedang, T: hilang timbul, 2) Melatih relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, 3) Anjurkan melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi pijat dan kompres hangat/dingin), 7) Mengukur TTV : TD : 140/70mmhg, N : 90x/menit, RR : 20x/menit.

Evaluasi tanggal 14 Januari 2022 pukul 07.00 Tn. S mengatakan nyeri kepala dan di tengkuk leher sedikit reda, P: saat tekanan darahnya naik, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dibagian kepala dan tengkuk leher S: 5, (0-10) *wong-baker face pain rating*, T: nyeri hilang timbul, saat beraktifitas, dan masih gelisah. Pada pemeriksaan tekanan darah di dapatkan hasil TD : 140/70 mmHg S : 36°C, N : 88 x/mnt, RR : 20 x/mnt. masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan. Pemberian analgesik (amplodipine 1x1) Monitor tingkat nyeri pasien dan fasilitasi pasien istirahat dan tidur.

Implementasi pada hari pertama tanggal 15 Januari 2022 : 1) Mengkaji nyeri secara komprehensif P: nyeri kepala, Q: nyeri seperti tertusuk tusuk. R: Di kepala(tengkuk). S: Skala 3 dari (0-10) atau nyeri ringan, T: hilang timbul, 2) Melatih relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, 3) Anjurkan

melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi pijat dan kompres hangat/dingin), 7) Mengukur TTV : TD : 130/80mmhg, N : 90x/menit, RR : 20x/menit.

Evaluasi tanggal 15 Januari 2022 pukul 21.00 Pasien mengatakan nyeri kepala dan di tengkuk sedikit reda, P: saat tekanan darahnya naik, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dibagian kepala dan tengkuk leher S: 3, (0-10) *wong-baker face pain rating*, T: nyeri hilang timbul, TD : 130/80 mmHg S : 36,5⁰C N : 85 x/mnt RR : 20 x/mnt, nyeri teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan dengan monitor tingkat nyeri pasien, Ajarkan terapi nonfarmakologis, dan fasilitasi pasien istirahat dan tidur.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala (D.0055, hal 126) intervensi keperawatan dukungan tidur. Pelaksanaan asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien dilakukan sejak tanggal 13-14 Januari 2022. Implementasi pada tanggal 13 Januari 2022 yang dilakukan adalah adalah 1) identifikasi faktor yang mengganggu tidur, 2) identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misal : kopi, the, makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur).

Evaluasi tanggal 13 Januari 2022 pukul 19.30 Tn. M mengatakan masih sulit tidur. Masih terjaga di malam hari. Tidur 4 jam masih terasa kurang. Tn. S Mengatakan banyak minum air sebelum tidur. Masalah belum teratasi. Intervensi dilanjutkan dengan : identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, jelaskan pentingnya tidur yang cukup.

Implementasi pada tanggal 14 Januari 2022 yang dilakukan adalah adalah 1) identifikasi pola aktivitas tidur, 2) identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misal : kopi, the, makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur). 3) Anjurkan tidur siang atau percepat tidur malam.

Evaluasi tanggal 14 Januari 2022 pukul 13.00 Tn. S mengatakan sudah mulai bisa tidur dengan mematikan lampu, tapi masih terjaga di malam hari. Tn. Mengatakan sudah mulai mengurangi banyak minum air sebelum tidur. Masalah teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan dengan : identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, jelaskan pentingnya tidur yang cukup. Anjurkan tidur siang hari dan mempercepat jam tidur malam.

3. Keletihan berhubungan dengan gejala penyakit Hipertensi (D. 0057, hal 130). Pelaksanaan asuhan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien dilakukan sejak tanggal 13-14 Januari 2022. Implementasi pada tanggal 13 Januari 2022 yang dilakukan adalah adalah 1) memonitor kelelahan fisik dan emosional, 2) memonitor pola dan jam tidur, 3) memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan, 4) menganjurkan tirah baring, 5) menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Evaluasi tanggal 13 Januari 2022 pukul 16.00 Tn. S mengatakan lelah dan mengantuk meskipun sudah tidur. Tn.S Mengatakan pola tidurnya masih tidak teratur dan membuatnya terlihat lelah dan lesu. Masalah belum teratasi. Intervensi dilanjutkan dengan : 1) monitor pola dan jam tidur, 2) berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, 3) anjurkan tirah baring, 4)

menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Implementasi pada tanggal 14 Januari 2022 yang dilakukan adalah adalah 1) memonitor pola dan jam tidur, 2) memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan, 3) menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Evaluasi tanggal 14 Januari 2022 pukul 20.00 Tn. S mengatakan lelah berkurang. Tn.S Mengatakan pola tidurnya jauh lebih membaik. Masalah teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan dengan : 1) berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, 2) menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik dengan diagnosa medis hipertensi Di UPTD Griya Werdha Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Hipertensi Di UPTD Griya Wredha Surabaya adalah sebagai berikut :

4.1 Pengkajian

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

1. Identitas

Data yang didapatkan, nama Tn. S bertempat tinggal di Surabaya dari suku jawa berjenis kelamin laki-laki, berusia 80 tahun dan beragama Islam. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Werdha selama \pm 6 bulan. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Pihak yang dapat dihubungi yaitu tetangga. Pasien dahulu pernah

bekerja sebagai tukang pijit. Menurut (Andria, 2013) kasus hipertensi pada pria lebih mudah ditemukan, karena adanya masalah pekerjaan yang dilampiaskan dengan perilaku merokok dan meminum alkohol yang diiringi dengan makanan yang tidak sehat. Dan menurut Setyanda, Sulastri, & Lestari (2015) menyatakan bahwa ditemukan kebiasaan merokok dan kejadian hipertensi banyak ditemukan pada laki-laki yang memiliki usia 35-65 tahun.

Hal ini dapat terjadi karena karena pada pria lebih banyak melakukan aktivitas lebih banyak, sehingga kelelahan disertai pola makan dan pola hidup tidak sehat menjadi faktor dari hipertensi. Lansia di panti UPTD Griya Werdha yang tinggal di panti memiliki kegiatan yang monoton seperti bermain catur di gazebo, jarang mengikuti kegiatan senam karena terbatasnya ruang lingkup gerak sehingga lansia lebih sering duduk atau tidur daripada beraktivitas.

2. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Didapatkan data bahwa Tn. S mengeluh nyeri dan hambatan saat beraktivitas. Menurut (Padila, 2013) keluhan utamanya adalah rasa nyeri akut atau kronik, Selain itu Tn.S juga akan kesulitan beraktivitas jika rasa nyeri itu muncul. Hal ini sesuai dengan pengkajian yang didapatkan pada Tn. S.

Penyebab nyeri kepala menurut Fahriza (2014) pada penderita hipertensi dapat terjadi pada kasus hipertensi berat maupun ringan tergantung dari seberapa berat nyeri yang dirasakan, gejala yang dialami oleh penderita antara lain kelelahan, ansietas, epistaksis, pandangan kabur, sulit tidur, nyeri kepala, terasa berat pada daerah ditengkuk.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S tidak mengalami kesulitan dikarenakan Tn.S sangat kooperatif saat pengkajian dilakukan. Berdasarkan tinjauan kasus, Tn. S saat diperiksa TD: 150/80 mmHg, nadi: 90 x/menit, RR: 20 x/menit, suhu: 36,5oC. Tn. S mengkonsumsi obat amlodipine 1x5 mg dan asam mefenamat 500 mg. Tn. S mengatakan merasa pusing, sakit dikepala hingga sakit ditengkuk leher, sakit seperti ditimpa benda berat membuat klien merasa tidak nyaman, dan nyeri timbul sewaktu-waktu dengan skala nyeri 7, Tn. S mengatakan sulit tidur, kurang tidur, terjaga saat malam hari. Tn. S tampak tidak nyaman dengan nyeri dikepalanya, Tn. S terlihat memegang bagian kepalanya, wajah klien tampak layu, dan tampak lemas. Setelah dilakukan pengkajian penulis mengakkan 3 diagnosis yaitu yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi, kedua gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala.

Berdasarkan tinjauan teori pada pengkajian keperawatan gejala yang mengindikasikan terjadinya hipertensi menurut Candra (2013), yaitu pusing, rasa sakit (kaku) ditengkuk, sulit tidur, mudah merasa lelah, sesak nafas dan pandangan kabur. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan kesenjangan data karena Tn. S tidak mengalami sebagian tanda dan gejala yaitu sesak nafas dan pandangan kabur. Hal ini dikarenakan klien tidak merasakan adanya sesak nafas dan pandangannya kabur, tidak terjadi kerusakan pada mata, jantung dan ginjal. Pada pemeriksaan yang dilakukan pada hipertensi sesuai teori adalah dengan mengukur tekanan darah dan pemeriksaan laboratorium (hematokrit, kreatinin, kalsium serum, urinalisasi, dan EKG).

Menurut (Oktavianus, 2014) pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk mengkaji kemungkinan adanya kerusakan organ, seperti ginjal, atau jantung yang dapat disebabkan oleh tingginya tekanan darah. Saat pengkajian dilakukan pada Tn. S dilakukan pengukuran tekanan darah didapatkan hasil 160/100 mmHg. Pada tinjauan teori obat yang dikonsumsi pada penderita hipertensi salah satunya, yaitu obat hipertensi jenis *angiotensin II receptor blocker* (valsartan) serta *calcium channel blocker* seperti nefidipin, amlodipine, dan ditiliazem yang digunakan dalam menurunkan tekanan darah seseorang (Ridwan, 2017).

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Tn. S mengatakan sudah menderita hipertensi lebih dari 3 tahun, Tn. S mengkonsumsi obat amlodipine 1x5 mg di minum 1x1 dan asam mefenamat 500 mg di minum 1x1. Tn. S memiliki riwayat diabetes melitus lebih kurang 3 tahun. Menurut Cahyani (2020) didapatkan data apakah ada riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes militus, penyakit ginjal, obesitas, hiperkolestrol, adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral, dan lain-lain. Pada tinjauan kasus didapatkan data klien mengatakan memiliki penyakit hipertensi. Berdasarkan pengamatan peneliti antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak terdapat kesenjangan karena sama sama memiliki riwayat penyakit hipertensi karena sebelumnya juga memiliki penyakit hipertensi.

4. Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih

resiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Tn. S. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan *Head to Toe* seperti tersebut dibawah ini :

a. Kepala

Pada tinjauan pustaka menurut Nurhasanah (2013) di dapatkan data terdapat nyeri tekan pada kepala bagian belakang, ada tidaknya oedema dan lesi, serta adakah kelainan bentuk kepala, warna rambut putih. Pada tinjauan kasus di dapatkan, terdapat sakit kepala, tidak ada trauma masa lalu, terdapat pusing berdasarkan penelitian antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak terdapat kesenjangan karena sama-sama terdapat sakit kepala, sakit kepala di sebabkan oleh perubahan arteri kecil dan arteola menyumbatan pembuluh darah, yang menyebabkan aliran darah terganggu.

b. Leher

Pada tinjauan pustaka menurut (Nurhasnah,2013) didapatkan data tidak ada benjolan, terdapat kekakuan bagian belakang, terdapat nyeri tekan pada bagian belakang. Pada tinjauan kasus di temukan data kekauan pada leher belakang,terdapat nyeri tekan pada leher belakang, tidak asa benjolan/massa, tidak terjadi keterbatasan bergerak. Berdasarkan penelitian anantara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak di temukan kesenjangan karena sama sama di temukan kekuan pada leher belakang pasien mengtakan nyeri pada tengkuk kepala belakang karena terlalu banyak aktivitas.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) antara lain :

1. Nyeri
2. Kelelahan
3. Ketidakpatuhan
4. Defisit Pengetahuan

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. S, didapatkan data objektif dan data subjektif yang sesuai dengan 3 diagnosa berdasarkan buku Standar Diagnosa Kepeawatan Indonesia (2018), sebagai berikut :

1. Nyeri kronis menurut SDKI adalah penekanan saraf yang ditandai dengan gejala dan tanda mayor yaitu mengeluh nyeri dan tampak meringis. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersifat protektif, gelisah frekuensi nadai 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.

Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (D.0078, HAL 175) menjadi diagnosa utama, dibuktikan dengan adanya nyeri yang dirasakan pada kepala bagian belakang, leher dan tengkuk, dengan skala nyeri 7 (dari 1-10), durasi nya hilang timbul. Tekanan darah : 150/80 mmHg, Nadi : 90x/menit, RR: 20x/menit, S : 36,5oC. Tn. S mengkonsumsi obat amlodipine 1x5 mg dan asam mefenamat 500 mg 1x1.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, tindakan: identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor yang mengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, modifikasi lingkungan (misalnya:

pencahayaannya, kebisingan, suhu dan tempat tidur), lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), jelaskan pentingnya tidur, anjurkan persiapan tidur malam seperti jam 8 malam, dan ajarkan teknik relaksasi atau non farmakologi lainnya.

4.3 Rencana Intervensi Keperawatan

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S menurut SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) yang penulis gunakan untuk diagnose nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis diharapkan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang, pasien dapat beristirahat dengan nyaman dengan intervensi Manajemen nyeri (I.08238) (Observasi) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, 2. Identifikasi skala nyeri, 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, (Terapeutik) 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur, terapi musik, hipnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin), 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), (Edukasi) 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, (Kolaborasi) 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Rencana keperawatan pada Tn. S dengan Nyeri kronis berhubungan dengan

kondisi musculoskeletal kronis diantaranya menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat. Menurut (Ulinuha, 2017) bahwa teknik relaksasi napas dalam berpengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri pada lansia. Menurut (Kartika, 2019), lansia sudah memiliki pengetahuan yang baik mengenai teknik manajemen nyeri non farmakologis, sementara itu, lansia menjawab paling tidak tahu mengenai faktor penyebab nyeri yang terjadi. Pengetahuan yang baik dapat berupa pengetahuan tentang penyakit dan pengetahuan tentang cara penanganan nyeri yang benar (Aulianah, 2017). Menurut Sitinjak, V. M. (2016) Tingkat pengetahuan lansia yang rendah menimbulkan keterbatasan pengetahuan untuk mencegah, proteksi dini, dan penatalaksanaan nyeri sendi yang tepat guna meningkatkan derajat kesehatan lansia.

2. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Nyeri Kepala

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) sekitar selama 3x 24 jam diharapkan gangguan istirahat tidur tidak terjadi, kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun dengan intervensi dukungan nyeri (I.05174) (Observasi) 1.identifikasi pola aktifitas dan tidur, 2. Identifikasi factor pengganggu tidur, (Terapeutik) 3. Modifikasi

lingkungan, 4. Lakukan prosedur peningkatan kenyamanan, (Edukasi) 5. Anjurkan menepati kebiasaan tidur, 6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.

Rencana keperawatan pada Tn. S. dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur diantaranya mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi lansia, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur dan mengajarkan relaksasi otot autogenik. Apabila teknik terapi nafas dalam dilakukan pada pasien yang memiliki kualitas tidur yang buruk, mereka akan benar-benar merasa rileks sehingga dapat membantu memasuki kondisi tidur, karena dengan cara mengendurkan otot-otot secara sengaja akan membuat suasana hati menjadi lebih tenang dan juga lebih santai. Dengan keadaan rileks dan otot-otot yang kendur dapat memberikan kenyamanan sebelum tidur sehingga lanjut usia dapat memulai tidur dengan mudah (Cahyaningsih, 2016).

4.4 Implementasi Keperawatan

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

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (D.0078, HAL 175) implementasi keperawatan yang dilaksanakan adalah : menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri

secara mandiri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

Berdasarkan implementasi diatas, penulis lebih fokus pada edukasi karena nyeri yang dirasakan oleh lansia timbul saat tekanan darah naik atau kurangnya istirahat. Selama pemberian implementasi Tn. S mengungkapkan dan dapat mempraktikkan melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul.

2. Gangguan Pola tidur berhubungan dengan nyeri kepala implementasi keperawatan yang dilaksanakan adalah: mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur, mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, seperti kopi, teh, minum banyak air sebelum tidur, menganjurkan pada klien dan keluarga memodifikasi lingkungan, yaitu mengatur pencahayaan dengan mematikan lampu saat ingin tidur, menganjurkan klien dan keluarga untuk meningkatkan kenyamanan misalnya: pijat dan pengaturan posisi nyaman, menjelaskan pada klien pentingnya tidur untuk kesehatan, menganjurkan untuk tidur di siang hari dan memajukan jam tidur di malam hari seperti tidur pada jam 8 malam, dan menganjurkan klien mengurangi minum air putih di malam hari.

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

4.5 Evaluasi

1. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis (D.0078, HAL 175)

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

2. Gangguan pola tidur berhuungan dengan kurang kontrol tidur

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan tidur pada Tn. S tercapai pada hari ke-3 karena pola tidur membaik dengan hasil Tn. S mengatakan tadi malam tidur sekitar pukul 21.00 WIB dan terbangun pukul 04.00 WIB, Tn. S dapat tertidur dengan menerapkan relaksasi napas dalam, Menetapkan jadwal tidur malam pukul 21.00 – 05.00 WIB dan Menetapkan jadwal tidur siang pukul 01.00-14.00 WIB.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri Di UPTD Griya Werdha Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik.

5.1 SIMPULAN

Berdasarkan asuhan keperawatan gerontik yang telah dilakukan oleh penulis pada Asuhan Keperawatan Gerontik pada pasien Hipertensi Di UPTD Griya Wredha Surabaya, dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

1. Saat pengkajian berdasarkan tinjauan kasus, Tn. S saat diperiksa TD: 150/80 mmHg, nadi: 90 x/menit, RR: 20 x/menit, suhu: 36,5°C. Tn. S mengkonsumsi obat amlodipine 1x5 mg dan asam mefenamat 500 mg. Tn. S mengatakan merasa pusing, sakit dikepala hingga sakit ditengkuk leher, sakit seperti ditimpa benda berat membuat klien merasa tidak nyaman, dan nyeri timbul sewaktu-waktu dengan skala nyeri 7, Tn. S mengatakan sulit tidur, kurang tidur, terjaga saat malam hari. Tn. S tampak tidak nyaman dengan nyeri dikepalanya, Tn. S terlihat memegang bagian kepalanya, wajah klien tampak layu, dan tampak lemas.
2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Tn. S yaitu yang pertama nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis, kedua gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan gejala penyakit hipertensi, dan ketiga gangguan pola tidur

berhubungan dengan nyeri kepala.

3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama diharapkan tercapainya pemenuhan kebutuhan ADL Tn. S dengan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan pasien seperti mandi, BAB/BAK dan berpakaian.

4. Pada evaluasi tanggal 14 Januari 2022 didapatkan pemenuhan kebutuhan kemandirian terpenuhi. pada tanggal 15 Januari 2022, Tn. S mampu mengontrol rasa nyerinya saat nyeri timbul akibat aktivitas maupun tidak, dan Tn. S sudah dapat tidur sesuai jadwal.

5.2 SARAN

Berdasarkan dari kesimpulan diatas penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi lansia

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

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mampu memberi pemantauan lebih menyeluruh dan lebih sering terhadap lansia dengan gangguan rasa nyaman nyeri. Diharapkan perawat selalu memperhatikan kondisi lingkungan lansia untuk menghindari terjadinya resiko.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrian, S, J. (2019). Hipertensi Esensial : Diagnosa Dan Tatalaksana Terbaru Pada Dewasa, 46(3).
- Agoes, H. A. (2011). Penyakit Diusia Tua.
- Allender, J.A., Rector, C., & Warner, K. D. (2014). Community dan public health nursing promoting the public's health (8th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Andria, K. M. (2013). Hubungan antara perilaku olahraga, stress dan pola makan dengan tingkat hipertensi pada lanjut usia di Posyandu Lansia Kelurahan Gebang Putih Kecamatan Sukolilo Kota Surabaya. *Jurnal Promkes*, 1(2), 111–117.
- Aspiani, R. yuli. (2016). Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular.
- Aulianah. (2017). Hubungan Pengetahuan & Sikap Lansia Dalam Mengatasi Nyeri Arthritis Rheumatoid Di Kelurahan Srimulya Kec. Sematang Borang Palembang Tahun 2017. *Jurnal'Aisyiyah Medika*, 1.
- Azizah. (2012). Keperawatan Lanjut Usia. Graha Ilmu.
- Azizah, &, & M, L. (2011). Keperawatan Lanjut Usia. Graha Ilmu.
- Cahyani. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. C Dengan Diagnosa medis Hipertensi. Online. eprints.kertacendekia.ac.id diakses pada tanggal 28 Januari 2021, 08.00 WIB.
- Cahyaningsih. (2016). Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Kualitas Tidur Lansia di UPT Wredha Budi Dharma Ponggalan Giwangan Umbulharjo Yogyakarta.
- Darmojo. (2010). Buku Ajar Geriantik. Balai Penerbit FKUI.
- Depkes, Kesejahteraan, & Sosial. (2011). Pedoman Kesehatan Usia Lanjut.
- Dinkes Kota Surabaya. (2017). Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2016. Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. (2017). Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

- Tahun 2016. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Fahriza, T. (2014). Pengaruh Terapi Herbal Air Kelapa Muda Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi di Desa Tambahrejo Kecamatan Bandar Kabupaten Batang. Karya Ilmiah.
- Febry, Ayu, & Bulan. (2013). Ilmu Gizi Untuk Praktisi Kesehatan. Graha.
- Gunawan, & Rahman. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Dahlia li Rsud Ciamis.
- Hardywinoto. (2014). Panduan Gerontik: Tinjauan dari berbagai aspek. PT.Gramedia pustaka Utama.
- Irianto, K., Rianto, D., Sukmajaya, W., & Alina, O. (2019). Geriatric fractures in single Orthopedic Hospital: The role of domestic fall and comprehensive geriatric assessment. *Bali Medical Journal* 8(2);, 689-694. doi:10.15562/bmj.v8i2.1432
- Kartika. (2019). Deskripsi Pengetahuan Tentang Manajemen Nyeri Pada Lansia. *Real in Nursing Journal*, 2(3),.
- Kemkes.RI. (2014). Pusdatin Hipertensi. Infodatin, Hipertensi. 1–7. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Kemkes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2013. Kementerian Kesehatan RI.
- Mills, K. T. (2016). Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*,. 134 (6) : 441–450.
- Nurarif, A. H., & Kusuma. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC (2nd ed.). Medi Action.
- Nurariif, A. H. (2015). Aplikasi Asuhan kepeawatan berdasarkan diagnosa medis & Nanda Jilid 2.
- Oktavianus. (2014). Asuhan Keperawatan Pada System Kardiovaskuler Dewasa. Graha Ilmu.
- Padila. (2013). Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam. Nuha Medika.
- Rahma. (2021). Diagnosis Hipertensi. www.alodokter.com Diakses pada tanggal 21

Januari 2021 pada pukul 09.00 WIB.

- Ridwan. (2017). Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan Dengan Kualitas Tidur Pada Lanjut Usia di Posyandu Permadi Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Kota Malang. Diakses pada Tanggal 2 Juli 2022.
- Rudianto. (2013). Menaklukan Hipertensi dan Diabetes. Sakkhasukma.
- Rusdinah, Yuwono, R. (2021). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Hipertensi Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Penderita Hipertensi. <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks>
- Setiadi. (2015). Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan. Graha Ilmu.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). Public health nursing population centered health care in the community (9th Ed.). Missouri: Elsevier.
- Statistik Kecamatan Wonokromo. (2013). Statistik Daerah Kecamatan Wonokromo 2013. Badan Pusat Statistik Kota Surabaya.
- Suhartini. (2012). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Orang Usia Lanjut (studi kasus di Kelurahan Jambangan).
- Sunaryo, M. K., Rahayu Wijayanti, S. K., Kep, M., Kom, S., Kuhu, M. M., SKM, M., & Kuswati, A. (2016). Asuhan keperawatan gerontik. Penerbit Andi.
- Trianto. (2014). Pelayanan Peperawatan Pagi Penderita Hipertensi. Bumi Aksara.
- Triyanto, E., & Nanda. (2020). Pelayanan Keperawatan bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu.
- Ulinnuha, T. (2017). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Lansia Dengan Rheumatoid Arthritis (Studi di Unit Pelaksana Teknis Panti Sosial Tresna Werdha Kabupaten Jombang) (Doctoral dissertation, STIKES Insan Cendekia Medika Jombang).
- Vina. (2015). LP Geriatric Syndrome. <http://docslide.us/document/lp-geriatric-syndrome-vina.html>
- Wibowo. (2020). Penerapan Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi (Doctoral dissertation, Diploma, Universitas Muhammadiyah Magelang).

Lampiran 2

MOTTO dan PERSEMBAHAN

“ Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain) (QS. Al Insyirah : 6 - 7) ”

Persembahan :

1. Kepada ALLAH SWT, yang telah memberikan kemudahan, kelancaran, petunjuk sehingga saya mampu menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Ayah dan Ibu saya, Bapak Satuman dan Ibu Zubaidah Arliyul Finah yang selalu memberi dukungan baik materil, hingga spiritual.
3. Adik tercinta saya Muhammad Septa Arya Nugraha yang selalu menjadi semangat saya ketika jenuh terhadap rutinitas dan proses penyusunan ini.
4. Tunangan saya (Rispan Aditama) yang selalu menemani dan mensupport saya dari tahun 2016, dan tidak pernah bosan mendengarkan keluh kesah saya, dan selalu menghibur dan senantiasa memotivasi saya untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
5. Untuk sahabat tersayang saya (Mei DwiPuspitasari Dimanti, Rizky Prastiwi, Cynthia Novi Priyanti, Renny Yuliani, Onie Prasadha Tuharea) yang selalu memberikan dukungan, dan hiburan disela-sela pengerjaan Skripsi ini.
6. Untuk Sealmamater Profesi Ners Angkatan 2021/2022 terimakasih telah memberikan semangat dan doa untuk penulisan ini, Semoga kita selalu dimudahkan dalam segala urusan oleh Allah SWT.

Lampiran 3 SOP

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		No SPO: SPO – 01
Tanggal Dibuat 01 Juli 2022	Tanggal Berlaku 01 Juli 2022	Nama Departemen	
Judul Relaksasi autogenik		No Revisi 00	Hal. 1-4
Dibuat oleh Ners		Disetujui oleh Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya	
<p>A. Definisi Relaksasi autogenic merupakan relaksasi yang bersumber dari diri sendiri dengan menggunakan kata-kata atau kalimat pendek yang bisa membuat pikiran menjadi tenang.</p> <p>B. Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meredakan nyeri akut, memberikan perasaan nyaman 2. Mengurangi stress, khususnya stress ringan/sedang 3. Memberikan ketenangan 4. Mengurangi ketegangan <p>C. Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien/Klien <ol style="list-style-type: none"> a) Beritahu klien/pasien b) Atur posisi duduk atau berbaring bahu dan kepala disangga dengan bantal yang lembut 2. Alat <ol style="list-style-type: none"> a) Tidak ada alat khusus yang dibutuhkan. b) Bila diinginkan, dapat dilakukan sambil mendengarkan musik ringan. 3. Lingkungan <ol style="list-style-type: none"> a) Atur lingkungan senyaman dan setenang mungkin agar b) klien/pasien mudah berkonsentrasi/focus <p>D. PELAKSANAAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tubuh berbaring, kepala disangga dengan bantal, dan mata terpejam. 2. Atur napas hingga napas menjadi lebih pelan dan teratur 3. Tarik napas sekuat-kuatnya lalu buang secara perlahan-lahan sambil katakan 			

dalam hati 'saya damai dan tenang'.

4. Fokuskan perhatian pada lengan dan bayangkan kedua lengan terasa berat. Selanjutnya, secara perlahan-lahan bayangkan kedua lengan terasa kendur, ringan hingga terasa sangat ringan sekali sambil katakan 'saya merasa damai dan tenang sepenuhnya'.
5. Lakukan hal yang sama pada bahu, punggung, leher, dan kaki.
6. Fokus pada aliran darah di tubuh bayangkan darah mengalir ke seluruh tubuh dan rasakan hawa hangatnya aliran darah, seperti merasakan minuman yang hangat, sambil mengatakan dalam diri 'saya merasa senang dan hangat'. 'saya merasa damai, dan tenang'
7. (ulangi enam kali)
8. Tempelkan tangan kanan pada dada kiri dan tangan kiri pada perut.
9. Fokus pada denyut jantung, bayangkan dan rasakan jantung berdenyut dengan teratur dan tenang. Sambil katakan 'jantung saya berdenyut dengan teratur dan tenang, saya merasa damai dan tenang (Ulangi enam kali)
10. Fokus pada pernafasan, katakan dalam diri 'nafasku longgar dan tenang, saya merasa damai dan tenang'.(Ulangi enam kali)
11. Fokus pada perut, rasakan pembuluh darah dalam perut mengalir dengan teratur dan terasa hangat. Katakan dalam diri "darah yang mengalir dalam perutku terasa hangat, saya merasa damai dan tenang".(Ulangi enam kali)
12. Kedua tangan kembali pada posisi awal.
13. Fokus pada kepala, katakan dalam hati "Kepala saya terasa benar-benar dingin, saya merasa damai dan tenang".(Ulangi enam kali).
14. Mengakhiri latihan relaksasi autogenik dengan melekatkan (mengepalkan) lengan bersamaan dengan napas dalam, lalu buang napas pelan-pelan sambil membuka mata dan kepalan tangan.

E. INDIKATOR PENCAPAIAN

1. Respon verbal
 - a) Klien/pasien mengatakan rileks, ketegangan berkurang, nyeri menurun.
 - b) Klien/pasien mengatakan sudah merasa nyaman
2. Respon non verbal
 - a) Klien/pasien tampak tenang
 - b) Ekspresi wajah klien/pasien tidak tampak tegang, tidak meringis kesakitan, nyeri terkontrol
 - c) Tanda-tanda vital

Lampiran 4 Indeks Barthel

1. Kemampuan ADL

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)

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

Interpretasi: klien mendapatkan skor 91 dengan kategori ketergantungan ringan

0-20 : Ketergantungan Penuh
 21-61 : Ketergantungan Berat
 62-90 : Ketergantungan Sedang
 91-99 : Ketergantungan Ringan
 100 : Mandiri

Lampiran 5

1. Aspek Kognitif

MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : Tahun : 2022 Hari:Senin Musim : Hujan Bulan: Januari Tanggal : 18
2	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada ? Negara : Indonesia Panti : Werdha Propinsi: Jawa timur Wisma : Werdha Kabupaten/kota : Surabaya
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas),kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2). Meja 3
4	Perhatiandankalkulasi	5	4	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudiankurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 X 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	9	Menanyakan pada klien tentang benda (sambilmenunjukkan benda tersebut). 1). Bantal 2). Lemari
				3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah :

				<p>a) Ambil kertas ditangan anda b) Lipat dua c) Taruh dilantai.</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin.</p> <ol style="list-style-type: none"> .1 "Tutup mata anda" .2 Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan .3 Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk 
	Total Nilai	30	29	

Interpretasi: klien mendapatkan skor **29 (tidak ada gangguan kognitif)**

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 - 17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan Tidak Ada Gangguan Kognitif

Lampiran 6

1. Tingkat Kerusakan Intelektual

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

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini :

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
0		1	Tanggal berapa hari ini ?
0		2	Hari apa sekarang ?
0		3	Apa nama tempat ini ?
0		4	Dimana alamat anda ?
	1	5	Berapa umur anda ?
0		6	Kapan anda lahir ?
0		7	Siapa presiden Indonesia ?
0		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
0		9	Siapa nama ibu anda ?
0		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
JUMLAH = 1			

Intepretasi : Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah= 0, fungsi intelektual utuh Interpretasi : pengkajian didapatkan klien menjawab soal salah sebanyak 1 soal

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual

kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual

kerusakan sedang

Salah 9 – 10 :

Fungsi intelektual

kerusakan berat

Ket :

a) Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar

b) Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas

Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk subjek kulit hitam dengan menggunakan kriteria pendidikan yang sama

Lampiran 7

1. APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA

Alat Skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia

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

Lampiran 8

1. Pengkajian Depresi

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

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

Interpretasi : di dapatkan hasil interprestasi score 2

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

Lampiran 9

1. Status Nutrisi

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

(American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam Introductory Gerontological Nursing, 2001)

Interpretasi: hasil di dapatkan hasil interpretasi dengan score 2 (good)

0– 2 : Good

3–5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk

Lampiran 10

Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan nyeri di bagian kepala - pasien sulit tidur - pasien merasa gelisah karena nyeri di bagian kepala <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> : Nyeri kepala : Rasa nyeri seperti ditekan dan ditusuk : Rasa sakit hanya ada di satu titik : Skala nyeri 5 dari 1-10 : Mendadak/ hilang timbul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 118/76 mmHg - N: 90 x/menit - RR: 20x/menit 	Kondisi musculoskeletal kronis	Nyeri Kronis (D.0078, hal 175)
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kesulitan tidur karena sakit kepala <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mata tampak sayu - Pasien tampak gelisah 	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur (D.0055, hal 126)

3	DS : <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan pusing- Pasien mengatakan lemas DO : <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak lesu dan merasa kurang tenaga meskipun sudah tidur	Gejala Penyakit hipertensi	Keletihan (D.0057, hal 130)
---	---	----------------------------	--------------------------------

Lampiran 11 (INTERVENSI)

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil (<i>outcome</i>)	Intervensi
1.	SDKI (D.0078, hal 175) Nyeri kronis b.d. Kondisi musculoskeletal kronis	Tingkat Nyeri : (SLKI, L.08066 hal 145) <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat - Keluhan nyeri menurun - Gelisah menurun - Anoreksia menurun - Muntah menurun - Frekuensi nadi membaik - Tekanan darah membaik 	SIKI : Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi Istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	SDKI D.005 HAL 126 Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	SLKI L.05045 HAL 96 Setelah dilakukan tindakan 3 x 24 jam, didapatkan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur 	SIKI 1.05174 HAL 48 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor prngganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi obat idur yang dikonsumsi Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dll) batasi waktu tidur siang jika perlu. 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

		berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan(mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure) Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan relaksasi otot autogenik.
3.	Keletihan b.d gejala penyakit hipertensi (anemia) (SDKI, D.0057)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x6 jam diharapkan tingkat keletihan berkurang (L.05046) Dengan kriteria hasil: 7. Verbalisasi lelah menurun 8. Lesu menurun 9. Sakit kepala menurun 10. Gelisah menurun 11. Frekuensi napas menurun 12. Pola napas membaik	Manajemen Energi (1.05178) Observasi : 5. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 6. Monitor kelelahan fisik dan emosional 7. Monitor pola dan jam tidur 8. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik : 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi : 5. Anjurkan tirah baring 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 8. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi : 2. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Lampiran 12 (Implementasi & Evaluasi Keperawatan)

No	Tgl & Jam	Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	13/01/22 jam 15.00 15.15 15.30 16.00	Nyeri kronis b.d. Kondisi musculoskeletal kronis	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien P: Nyeri di Kepala dan Tenguk leher Q: Rasa nyeri seperti ditekan dan ditusuk R: Rasa sakit hanya ada di satu titik S: Skala nyeri 7 T: Mendadak/ hilang timbul - Mengatur posisi yang nyaman dengan posisi semi fowler - Mengajarkan tehnik distraksi dengan mengusap lembut pada area sekitar nyeri - Melaksanakan pemberian obat sesuai instruksi dokter 	<i>MR</i>	13/01/22 jam 16.00 16.30	<p>S : pasien mengatakan nyeri di kepala dan di tengkuk leher</p> <p>O : TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 150/70 mmHg - N: 85 x/menit - S: 36,1°C - RR: 20x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri di kepala <p>P : Intervensi dilanjutkan dx no.1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien - Fasilitasi istirahat tidur - Mengajarkan tehnik distraksi dengan mengusap lembut pada area sekitar nyeri - Melaksanakan pemberian obat sesuai instruksi dokter 	<i>MR</i>

	13/01/22 jam 19.00	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji pengetahuan pasien tentang hipertensi 2. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang penyebab hipertensi, dan gejala-gejala yang sering timbul pada pasien. 3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengatasi nyeri hipertensi pada pasien dan keluarga pasien. 4. Mengingatkan kembali penjelasan tentang teknik relaksasi yang telah diajarkan 5. Memberikan pendidikan kesehatan tentang makanan yang dapat mengobati hipertensi dan mengurangi rasa sakit. 	<i>MR</i>	13/01/22 jam 20.00	<p>S: klien mengatakan mulai mengetahui tentang penyakitnya</p> <p>O: klien mampu mengingat tanda dan gejala hipertensi tetapi masih lupa dengan cara yang di ajarkan</p> <p>A: masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan dx no 2.</p>	
2.	14/01/22 Jam 07.00 08.30 08.45 09.00	Nyeri kronis b.d. Kondisi musculoskeletal kronis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat nyeri pasien P: Nyeri di tengkuk leher Q: Rasa nyeri seperti ditekan dan ditusuk R: Rasa sakit hanya ada di satu titik S: Skala nyeri 6 T: Mendadak/ hilang timbul 2. Mengatur posisi yang nyaman dengan posisi semi fowler 3. Mengajarkan tehnik distraksi dengan mengusap lembut pada area sekitar nyeri 4. Melaksanakan pemberian obat sesuai instruksi dokter 	<i>MR</i>	14/01/22 Jam 09.15	<p>S : pasien mengatakan nyeri di kepala dan tengkuk leher</p> <p>O : TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 140/70 mmHg - N: 80 x/menit - S: 36°C - RR: 20x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri di kepala dan di tengkuk leher <p>P : Intervensi dilanjutkan dx no 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri pasien - Fasilitasi istirahat tidur - Mengajarkan tehnik distraksi 	<i>MR</i>

						<p>dengan mengusap lembut pada area sekitar nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melaksanakan pemberian obat sesuai instruksi dokter 	
	14/01/22 Jam 13.00	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji pengetahuan pasien tentang hipertensi 2. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang penyebab hipertensi, dan gejala-gejala yang sering timbul pada pasien. 3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengatasi nyeri hipertensi pada pasien dan keluarga pasien. 4. Mengingatkan kembali penjelasan tentang teknik relaksasi yang telah diajarkan 5. Memberikan pendidikan kesehatan tentang makanan yang dapat mengobati hipertensi dan mengurangi rasa sakit. 	<i>MR</i>	14/01/22 Jam 14.00	<p>S: klien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya</p> <p>O: klien mampu mengingat tanda dan gejala hipertensi seperti yang telah diajarkan perawat</p> <p>A: masalah dapat teratasi.</p> <p>P: intervensi dihentikan.</p>	<i>MR</i>
3	14/01/22 Jam 21.00	Nyeri kronis b.d. Kondisi musculoskeletal kronis	<ol style="list-style-type: none"> 5. Mengkaji tingkat nyeri pasien <p>P: Nyeri di tengkuk leher</p> <p>Q: Rasa nyeri seperti ditekan dan ditusuk</p> <p>R: Rasa sakit hanya ada di satu titik</p> <p>S: Skala nyeri 6</p> <p>T: Mendadak/ hilang timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Mengatur posisi yang nyaman dengan posisi semi fowler 7. Mengajarkan tehnik distraksi dengan mengusap lembut pada area 	<i>MR</i>	15/01/22 Jam 22.00	<p>S : pasien mengatakan nyeri di kepala dan tengkuk leher</p> <p>O : TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/80 mmHg - N: 85 x/menit - S: 36,5°C - RR: 20x/menit <p>A : Masalah teratasi</p>	<i>MR</i>

			sekitar nyeri Melaksanakan pemberian obat sesuai instruksi dokter			- Nyeri teratasi P : Intervensi dihentikan	
--	--	--	---	--	--	---	--