

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. S DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN POLA TIDUR
DAN MASALAH KESEHATAN HIPERTENSI DI UPTD
GRIYA WREDA JAMBANGAN SURABAYA**



Oleh:

MARETA DWI ALIANA, S.KEP
NIM. 2130044

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. S DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN POLA TIDUR
DAN MASALAH KESEHATAN HIPERTENSI DI UPTD
GRIYA WREDA JAMBANGAN SURABAYA**

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



Oleh:

MARETA DWI ALIANA, S.KEP
NIM. 2130044

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, Juli 2022

Mareta Dwi Aliana, S.Kep
NIM. 2130044

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini :

Nama : Mareta Dwi Aliana, S.Kep
NIM : 2130044
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : **Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur Dan Masalah Kesehatan Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya**

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

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

Penguji 1 : **Yoga Kertapati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom.**
NIP. 03042

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



Mengetahui,
**KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

KATA PENGANTAR

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

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

1. Ibu Dr. A.V. Sri Surhadiningsih, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners dan selaku penguji institusi yang penuh kesabaran dan bimbingan, saran, masukan, kritik serta pengarahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini serta selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
3. Bapak Yoga Kertapati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom, selaku pembimbing institusi yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

4. Bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Kepala UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
5. Ibu Desy Dwi Arvanita Ivadah, S.Kep.,Ns, selaku pembimbing lahan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir 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 bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Secara Teoritis	5
1.4.2 Secara Praktis	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.5.1 Metoda.....	7
1.5.2 Tehnik Pengumpulan Data	7
1.5.3 Sumber Data	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Lansia	9
2.1.1 Definisi Lansia	9
2.1.2 Klasifikasi lansia	9
2.1.3 Proses Menua	10
2.1.4 Masalah Kesehatan yang Sering Terjadi pada Lansia.....	11
2.1.5 Sindrom Geriatri.....	13
2.1.6 Lansia Sebagai Populasi Rentan	19
2.1.7 Konsep Teori <i>Functional Consequence</i>	20
2.2 Konsep Penyakit Hipertensi	21
2.2.1 Anatomi dan Fisiologi	21
2.2.2 Pengertian Hipertensi	24
2.2.3 Etiologi	24
2.2.4 Manifestasi Klinis	26
2.2.5 Patofsiologi.....	26
2.2.6 Kompikasi	28
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang.....	29
2.2.8 Penatalaksanaan	29
2.2.9 WOC.....	31
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	32

2.3.1	Pengkajian	32
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	38
2.3.3	Intervensi Keperawatan	40
2.3.4	Implementasi	44
2.3.5	Evaluasi	44
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		45
3.1	Pengkajian Keperawatan	45
3.1.1	Identita Pasien	45
3.1.2	Riwayat Kesehatan	45
3.1.3	Fungsi Fisiologi.....	46
3.1.4	Pemeriksaan Fisik	46
3.1.5	Pengkajian Psikososial dan Spiritual.....	49
3.1.6	Pengkajian Lingkungan.....	50
3.1.7	Pengkajian Pola Fungsi Ksehatan	51
3.1.8	Hasil Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang.....	52
3.1.9	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan	53
3.2	Analisis Data	54
3.3	Prioritas Masalah.....	56
3.4	Intervensi Keperawatan.....	57
3.5	Implementasi Dan Catatan Perkembangan.....	60
3.6	Evaluasi	75
BAB 4 PEMBAHASAN		77
4.1	Pengkajian	77
4.1.1	Data Umum (Identitas).....	77
4.1.2	Riwayat Kesehatan	78
4.1.3	Pemeriksaan Fisik	81
4.1.4	Pemeriksaan penunjang.....	84
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	85
4.3	Perbedaan Diagnosis Tinjauan Pustakan dan Diagnosis Tinjauan Kasus .	89
4.4	Tujuan Dan Intervensi Keperawatan	90
4.5	Implementasi	94
4.6	Evaluasi	96
BAB 5 PENUTUP.....		99
5.1	Kesimpulan.....	99
5.2	Saran.....	101
DAFTAR PUSTAKA		102
LAMPIRAN.....		106

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Letak Jantung Manusia.....	22
Gambar 2.2 Anatomi Jantung	23
Gambar 2.3 WOC Hipertensi	31

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi menurut JNC-7	24
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Tinjauan Pustaka	40
Tabel 3.1 Terapi Obat	52
Tabel 3.2 Analisis Data	54
Tabel 3.3 Prioritas Masalah.....	56
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan Tinjauan Kasus.....	57
Tabel 3.5 Implementasi dan Catatan Perkembangan	60
Tabel 3.6 Evaluasi	75

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	106
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	107
Lampiran 3 Lembar Konsul	108
Lampiran 4 Formulir Pengajuan Ujian Karya Ilmiah Akhir (KIA)	110
Lampiran 5 Form Lembar Evaluasi Observasi Pendidikan Kesehatan dan Demonstrasi Relisasi Otot Progresif	111
Lampiran 6 Poster Waspada Hipertensi.....	115
Lampiran 7 Poster Kendaikan Hipertensi Dengan PATUH	116
Lampiran 8 SPO Perawatan Integritas Kulit.....	117

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
b.d	: Berhubungan Dengan
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
d.d	: Dibuktikan Dengan
GDS	: Gula Darah Sewaktu
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
MMSE	: Mini Mental Status Exam
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
P2PTM	: Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
RI	: Republik Indonesia
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
SDKI	: Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standart Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standart Luaran Keperawatan Indonesia
SPO	: Standar Prosedur Operasional
TUG	: Time Up Go
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
WOC	: Web of Caution
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Permasalahan kesehatan akan meningkat seiring bertambahnya usia. Dalam perawatan kesehatan beberapa kelompok individu sering disebut sebagai kelompok rentan, salah satunya adalah kelompok lansia ini dikarenakan lansia mudah sekali terkena penyakit menular maupun tidak menular, hal ini terait oleh proses menua pada Lansia dengan bertambahnya usia seseorang akan mengalami penurunan atau perubahan fungsi seperti fisik, psikis, biologis, spiritual, dan hubungan sosialnya, serta hal ini memberikan dampak pada berbagai aspek kehidupan Lansia salah satunya yaitu kondisi kesehatan (Fitrianti & Putri, 2018).

Proses menua pada lansia dapat memperlambat keseimbangan proses fisiologis, psikologis, sosial lansia sehingga meningkatkan kerentanan terhadap kondisi kesakitan dan faktor risiko lainnya, dan masalah yang berhubungan dengan Lansia mempengaruhi kualitas hidup atau aktivitas sehari-harinya (Miller, 2012). Seiring dengan proses penuaan fungsi organ tubuh juga mengalami penurunan, sistem kardiovaskuler Lansia pun rentan mengalami gangguan. Gangguan sistem kardiovaskuler pada Lansia dapat terjadi pada jantung, pembuluh darah dan darah, salah satu gangguan yang sering dialami Lansia pada sistem organ ini adalah hipertensi (Dewi 2014; Pratiwi & Mumpuni 2017). Brunner & Suddart (2015), dalam Sumaryati, (2018) mendefinisikan hipertensi sebagai sebuah kondisi medis dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah sistol diatas normal normal yaitu 140 mmHg dan tekanan diastol diatas 90 mmHg, selain itu penyakit ini sering dikatakan sebagai *the silent killer* karena

karena orang yang menderita hipertensi sering tidak menunjukkan gejala.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2021) menunjukkan pada tahun 2020 secara global terdapat 727 juta jiwa yang berusia 65 tahun atau lebih, sedangkan Jumlah Lansia di Indonesia saat ini sekitar 29,3 juta orang atau hampir 10% dari total penduduk. WHO menetapkan hipertensi sebagai faktor risiko nomor tiga etiologi kematian di dunia, kebanyakan orang tidak menyadari bahwa mengalami penyakit hipertensi. Perkiraan prevalensi hipertensi tahun 2021 secara global sebesar 1,28 juta diantaranya umur 30-79 tahun dari total penduduk dunia di Negara berkembang dan menengah (World Health Organization, 2021). Hasil Riskesdas RI pada tahun 2018 terkait masalah kesehatan pada Lansia khususnya hipertensi menunjukkan terdapat 45,3 % orang usia 45-54 tahun menderita hipertensi, 63,2% orang usia 65-74 tahun dan 69,5% orang usia 75 tahun keatas menderita hipertensi , sedangkan di Jawa timur, pada 2018 terdapat 2.005.393 kasus hipertensi yang dilayani di Puskesmas (Kemetrian Kesehatan RI, 2021). Dan data jumlah Lansia pada bulan Januari 2022 di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya sebanyak 160 lansia, selain itu terdapat 79 Lansia (49,3%) mengalami masalah kesehatan hipertensi, 27 lansia (16,9%) dengan kualitas tidur yang buruk, sebanyak 57 lansia (35,6%) dengan resiko tinggi jatuh, 30 lansia (18,8%) mengalami gatal-gatal dan terdapat 6 lansia (3,7%) lansia mengalami gangguan penglihatan..

Pada Lansia hipertensi disebabkan oleh perubahan pada penurunan elastisitas dinding aorta, katup jantung menebal serta menjadi kaku, kemampuan jantung memompa untuk darah, hilangnya elastisitas pembuluh darah dan meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Fitrianti & Putri, 2018). Gejala

yang dirasakan oleh penderita hipertensi antara lain: sakit kepala, pandangan mata kabur, marah-marah, sulit tidur, nyeri dada, pusing, tengkuk terasa pegal, denyut jantung kuat dan cepat. Tanda dan gejala yang muncul ini dapat mengakibatkan perubahan secara fisik, psikologis, mental, sosial maupun spiritual yang terjadi pada lansia dan mempengaruhi kualitas hidup Lansia (Pratiwi & Mumpuni, 2017). Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menimbulkan gangguan target organ, dan dapat menyebabkan serangan jantung, stroke, gangguan ginjal, serta kebutaan (Widiana & Ani, 2017).

Selain itu, pada Lansia hipertensi dapat muncul masalah keperawatan antara lain: nyeri akut, gangguan pola tidur, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, resiko penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, resiko jatuh, dan defisit pengetahuan (Fajarnia, 2021). Gangguan pola tidur merupakan interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor internal maupun eksternal, pada masalah gangguan pola tidur antara lain kesulitan saat memulai tidur, ketidakpuasan tidur, menyatakan tidak merasa cukup istirahat, penurunan kemampuan berfungsi, perubahan pola tidur normal, sering terjaga tanpa sebab yang jelas (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Dalam penatalaksanaan Lansia hipertensi dengan masalah gangguan pola tidur diantaranya dengan melakukan penerapan standart asuhan keperawatan, salah satunya dengan menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, menciptakan lingkungan yang nyaman sebelum tidur sehingga kualitas tidur dapat meningkat, . Selain itu memberikan dukungan informasi tentang kesehatan, saran dan pengobatan terhadap pasien hipertensi juga sangat dibutuhkan serta mengajarkan teknik non-farmakologi juga dapat dilakukan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Salah satu teknik non-farmakologi yang dapat diterapkan pada Lansia hipertensi dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur adalah teknik relaksasi otot progresif. Teknik ini bermanfaat untuk menghadirkan rasa tenang, nyaman dan rileks yang dibutuhkan untuk mengurangi penyebab gangguan tidur pada Lansia Dengan Hipertensi (Sulidah et al., 2016). Menurut Fitrianti & Putri (2018) teknik Relaksasi Otot Progresif digunakan sebagai terapi untuk membantu meredakan beberapa gejala yang berkaitan dengan stress, seperti Gangguan pola tidur dan Hipertensi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan gerontik pada pada pasien Hipertensi, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut ”Bagaimanakah Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. S dengan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur dan Masalah Kesehatan Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui secara spesifik Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. S dengan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur dan Masalah Kesehatan Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn. S dengan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur dan Masalah Kesehatan Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnose keperawatan pada Tn. S dengan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur dan Masalah Kesehatan Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pada Tn. S dengan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur dan Masalah Kesehatan Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur dan Masalah Kesehatan Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur dan Masalah Kesehatan Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat 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:

1.4.1 Secara Teoritis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam asuhan keperawatan pada klien Lansia Hipertensi dengan gangguan pola tidur. Serta diharapkan dapat bermanfaat sebagai data dasar penelitian selanjutnya dengan metode yang berbeda.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Institusi UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan klien Lansia dengan masalah gangguan tidur dan hipertensi sehingga penatalaksanaann yang tepat bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi kien lansia yang tinggal di UPTD Griya Wreda Jambanagn Surabaya.

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi Klien dan Keluarga

Sebagai bahan meningkatkan pengetahuan kepada klien maupun keluarga saat berkunjung mengenai hipertensi dan gangguan pola tidur serta cara perawatan klien hipertensi dengan gangguan pola.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan gangguan pola tidur dan hipertensi sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengethuan dan teknologi terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metoda

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.

1.5.2 Tehnik Pengumpulan Data

1. Wawancara

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

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan

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

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer, adalah data yang diperoleh dari pasien

2. Data Sekunder, adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3. Studi Kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

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

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 PUSTAKA

Dalam Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik karya ilmiah akhir, meliputi : 1) Konsep Lansia, 2) Konsep Penyakit Hipertensi, 3) Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Masalah Kesehatan Hipertensi.

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas, merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupan. Menua atau proses penuaan bukanlah suatu penyakit, melainkan suatu proses yang berangsur-angsur serta mengakibatkan perubahan kumulatif, menua juga merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luar tubuh (Dewi, 2014).

Proses penuaan ditandai dengan tahapan-tahapan menurunnya berbagai fungsi organ tubuh, diawali dari kemunduran sel-sel tubuh, sehingga fungsi dan daya tahan tubuh menurun serta mengakibatkan faktor resiko terhadap penyakit dan masalah kesehatan meningkat (Kholifah, 2016).

2.1.2 Klasifikasi lansia

Depkes RI dalam Kholifah (2016) mengklasifikasikan batasan usia lansia menjadi tiga, yaitu:

1. Pralansia (prasenilis), seseorang yang berada pada usia antara 45-59 tahun,
2. Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun keatas,

3. Lansia beresiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih atau seseorang lansia yang berusia 60 tahun atau lebih yang memiliki masalah kesehatan.

Sedangkan, klasifikasii batasan usia lansia menurut WHO dalam Kholifah (2016), yaitu sebagai berikut:

1. Elderly (Usia lanjut) antara usia 60-74 tahun,
2. Old (Usia tua) :75-90 tahun,
3. Very old (Usia sangat tua) adalah usia > 90 tahun.

2.1.3 Proses Menua

Proses penuaan adalah proses alamiah dimana seseorang telah melalui tahap tahap kehidupan dari neonatus, toddler, pra-school, school, remaja, dewasa dan terakhir lansia. Ini berrati bahwa proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, namun dimuai dari permulaan kehidupan. Pada usia lansia ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (Padila, 2013).

Proses penuaan berhubungan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan adanya kemampuan regeneratif yang terbatas pada lansia, maka mengaibatan lansia lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain. Masalah kesehatan yang sering ditemukan pada lansia antara lain, yaitu: malnutrisi, gangguan keseimbangan, kebingungan mendadak, dan lain-lain. Selain itu, terdapat beberapa penyakit yang

sering diderita lansia, yaitu: hipertensi, gangguan pendengaran dan penglihatan, demensia, osteoporosis, dan lain-lain (Kholifah, 2016).

2.1.4 Masalah Kesehatan yang Sering Terjadi pada Lansia

Masalah kesehatan akibat proses penuaan, terjadi akibat kemunduran fungsi sel-sel tubuh (degeneratif), dan menurunnya fungsi sistem imun tubuh sehingga muncul penyakitpenyakit degeneratif, gangguan gizi (malnutrisi) penyakit infeksi, masalah kesehatan gigi dan mulut dan sebagainya. Beberapa penyakit yang sering dijumpai pada lanjut usia sebagai berikut yaitu (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 67, 2015):

1. Pneumonia

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

2. Penyakit Paru Obstruktif Kronis

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

3. Gagal Jantung Kongestif

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

4. *Osteoarthritis* (Oa)

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

5. Infeksi Saluran Kemih

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

6. Diabetes Melitus

Prevalensi diabetes meningkat seiring pertambahan umur. Pengendalian gula darah sangat dipengaruhi oleh gaya hidup. Mengonsumsi makanan

yang mengandung karbohidrat kompleks dengan jumlah energi tertentu serta mempertahankan aktivitas olah raga ringan tetap merupakan pilihan utama pengobatan.

7. Hipertensi

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

2.1.5 Sindrom Geriatri

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

1. *Immobilisation* (Berkurangnya Kemampuan Gerak)

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

dan saluran kemih, pneumonia aspirasi dan ortostatik, kekakuan dan kontraktur sendi, hipotrofi otot, dan lain-lain.

2. *Instabilitas Postural* (Jatuh dan Patah Tulang)

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

3. *Incontinence Urine* (Mengompol)

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

Selain itu, rasa malu dan depresi juga dapat timbul akibat inkontinensia urin tersebut.

4. *Infection* (infeksi)

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

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

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

6. *Inanition* (Kekurangan Gizi atau Malnutrisi)

Gangguan gizi sering kali dialami oleh Lansia, gangguan gizi pada Lansia dapat berupa kekurangan zat gizi makro (karbohidrat, lemak dan protein) maupun zat gizi mikro (vitamin dan mineral). Kekurangan zat gizi energi dan protein pada Lansia terjadi karena kurangnya asupan energi dan protein, peningkatan metabolik karena trauma atau penyakit tertentu dan peningkatan kehilangan zat

gizi. Seiring proses menua asupan energi juga secara signifikan menurun, hal ini berhubungan dengan penurunan aktivitas fisik pada Lansia serta perubahan komposisi tubuh.

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

7. *Iatrogenic* (Masalah Akibat Tindakan Medis)

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

8. *Insomnia* (Gangguan Tidur)

Gangguan Tidur (*Insomnia*) dapat disebabkan oleh gangguan cemas, depresi, delirium, dan demensia. Gangguan tidur kronik seringkali menyebabkan jiwa pasien tertekan (*distress*). Pasien dengan masalah *insomnia* sering datang dengan keluhan: Keluhan sulit masuk tidur; Keluhan tidur gelisah atau tidur yang tidak menyegarkan.; Mengeluh sering bangun atau periode bangun yang panjang.; Tidak berdaya akibat sulit tidurnya; Tertekan (*distress*) akibat kurang tidur *Insomnia*

9. *Intellectual Impairment* (Gangguan Fungsi Kognitif)

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

10. *Isolation* (Isolasi)

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

11. *Impecunity* (Berkurangnya Kemampuan Keuangan)

Dengan semakin bertambahnya usia maka kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara berlahan-lahan, yang menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjakan atau menyelesaikan pekerjaan sehingga tidak dapat

memberikan penghasilan. Ketidakberdayaan finansial dapat terjadi pada kelompok usia lain namun, pada Lansia menjadi sangat penting karena meningkatkan risiko keterbatasan akses terhadap berbagai layanan kesehatan, pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan asuhan psikososial.

12. *Impaction* (Konstipasi)

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

13. *Immune Deficiency* (Gangguan Sistem Imun)

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

14. *Impotence* (Gangguan Fungsi Seksual)

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

Enam kondisi dari sindrom geriatri atau 14 i, yakni: imobilisasi, instabilitas postural, intelektual impairment (delirium dan demensia), isolasi karena depresi, dan inkontinensia urin) merupakan kondisi yang paling sering menyebabkan Lansia harus dikelola lebih intensif. Keenam kondisi tersebut sering dinamakan geriatric giants. Karenanya jika menemukan salah satu dari enam tanda Sindroma Geriatri tersebut harus segera dirujuk ke RS.

2.1.6 Lansia Sebagai Populasi Rentan

Dalam perawatan kesehatan beberapa kelompok individu sering disebut sebagai kelompok rentan, yang termasuk dalam kelompok ini antara lain: anak – anak, lansia, ibu hamil, kelompok masyarakat pengidap HIV / AIDS, kelompok minoritas, dan masyarakat miskin (Pradana et al., 2020). Lansia termasuk dalam kelompok rentan dikarenakan lansia mudah sekali terkena penyakit menular maupun tidak menular, hal ini terkait oleh proses menua pada Lansia dengan bertambahnya usia seseorang akan mengalami penurunan atau perubahan fungsi seperti fisik, psikis, biologis, spiritual, dan hubungan sosialnya, serta hal ini memberikan dampak pada berbagai aspek kehidupan Lansia salah satunya yaitu kondisi kesehatan (Fitrianti & Putri, 2018). Perubahan usia berkaitan dengan proses fisiologis (secara fisiologis terjadi perubahan degeneratif, mengalami kondisi terminal atau progresif.) sehingga meningkatkan faktor risiko dan kerentanan pada dampak negatif seperti mengganggu kualitas hidup, fungsional, ketergantungan (Miller, 2012).

2.1.7 Konsep Teori *Functional Consequence*

Teori ini merupakan teori Middle Range Theory of Carol Ann Miller yang dikenal dengan functional consequences theory. Inti dasar dari teori ini adalah (Miller, 2012):

1. Asuhan keperawatan holistik merupakan hubungan semangat pikiran tubuh lansia mencakup semua fungsi termasuk psikologis.
2. Faktor risiko merupakan penyebab masalah terbesar lansia dari perubahan terkait usia.

Faktor risiko adalah kondisi yang memiliki efek merugikan signifikan terhadap kesehatan dan fungsi pada lansia. Faktor risiko umumnya muncul dari hambatan lingkungan, kondisi patologis, pengobatan yang didapat, keterbatasan informasi, pandangan terhadap kondisi lansia, pengaruh fisiologis dan psikososial, meskipun banyak faktor risiko juga terjadi pada orang dewasa muda mereka lebih cenderung mengalir dampak fungsional serius pada orang dewasa. Faktor risiko konsekuensi fungsional pada lansia bersifat :

- a. Kumulatif dan progresif misal efek jangka panjang merokok, kegemukan.
 - b. Efek diperburuk oleh perubahan terkait usia misal efek arteritis diperburuk oleh berkurangnya kekuatan otot .
 - c. Efek berakibat terhadap perubahan terkait usia karena kondisi reversibel misalnya perubahan mental disebabkan oleh penuaan atau demensia.
3. Gabungan perubahan terkait usia dan faktor risiko menimbulkan konsekuensi fungsional positif atau negatif pada lansia.

Konsekuensi fungsional positif atau negatif adalah keadaan lansia yang merupakan efek tindakan, faktor risiko dan perubahan terkait usia yang mempengaruhi kualitas hidup lansia. Konsekuensi fungsional negatif terjadi apabila lansia tidak dapat memaksimalkan faktor yang ada maupun terganggu dengan kondisi sehingga berdampak mengganggu kualitas hidup, fungsional, ketergantungan kepada orang lain. Konsekuensi positif merupakan hasil tindakan atau intervensi, positif jika lansia dapat memaksimalkan faktor yang ada untuk mencapai performa kehidupan secara maksimal dengan sedikit ketergantungan, kemampuan memaksimalkan kesehatan secara optimal dan memiliki penilaian yang baik.

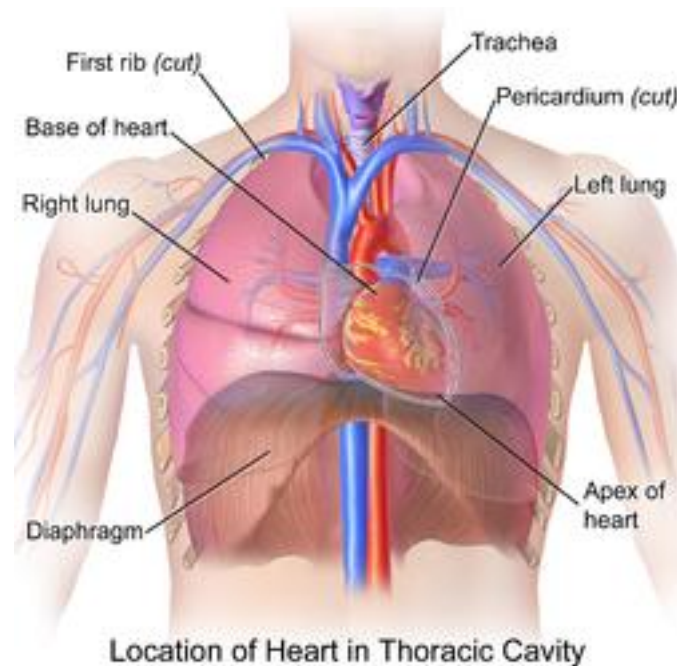
4. Konsekuensi fungsional negatif dilakukan tindakan mengurangi atau memodifikasi efek faktor risiko.
5. Meningkatkan kesejahteraan lansia melalui tindakan keperawatan terhadap konsekuensi fungsional negatif.
6. Tindakan keperawatan mengakibatkan konsekuensi fungsional positif lansia berfungsi optimal meskipun dipengaruhi perubahan terkait usia dan faktor risiko.

2.2 Konsep Penyakit Hipertensi

2.2.1 Anatomi dan Fisiologi

Jantung merupakan organ otot dari sistem kardiovaskuler yang selalu berdenyut untuk memompa darah ke seluruh tubuh, jantung sendiri terletak pada mediastinum, yaitu kompartemen pada bagian tengah rongga toraks dan berada diantara dua rongga paru. Dengan ukuran jantung kurang lebih sedikit lebih besar dari satu kepalan tangan dengan berat jantung dari 7 – 15 ons (200 – 425 gram),

jantung mampu memompa sampai dengan 100.000 kali perhari dan dapat memompa darah sampai dengan 7.571 liter.

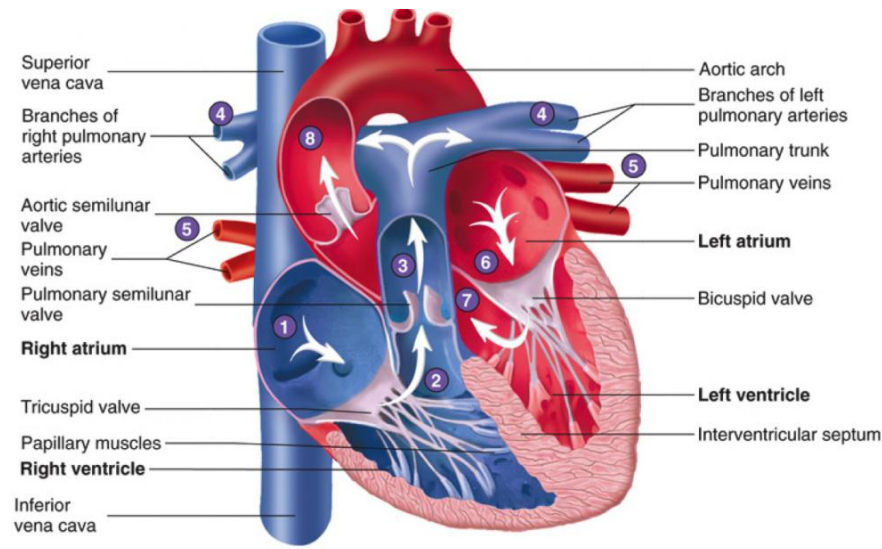


Location of Heart in Thoracic Cavity

Gambar 2.1 Letak Jantung Manusia

Sumber: Medical gallery of Blausen Medical 2014

Ruangan jantung terbagi menjadi dua bagian yaitu bagian kanan dan bagian kiri keduanya memiliki satu atrium dan satu ventrikel sehingga di dalam jantung terdiri dari empat ruangan yaitu ; atrium kanan, atrium kiri, ventrikel kanan, dan ventrikel kiri. Lubang atrioventrikuler berada antara atrium dengan ventrikel dan pada setiap bagian lubang terdapat katup. Katup atrioventrikularis ini terbagi menjadi 2 yaitu katup trikuspidalis dan katup bikuspidalis. Katup trikuspidalis mempunyai 3 daun untuk memisahkan antara atrium kanan dan ventrikel kanan, sedangkan katup bikuspidalis memiliki dua daun yang memisahkan antara atrium kiri dengan ventrikel kiri. Terdapat 2 katup lagi selain katup atrioventrikularis yaitu, katup pulmonal berfungsi untuk mencegah aliran darah balik ke ventrikel kanan melalui arteri pulmonalis dan katup aorta berfungsi menjaga aliran balik dari aorta ke ventrikel kiri (Sarpini, 2013; Fikriana, 2018).



Gambar 2.2 Anatomi Jantung

Sumber gambar: www.onlinebiologynotes.com

Jantung manusia sebenarnya melakukan dua pompa sekaligus pada saat berdenyut. Jantung sebelah kanan bertugas untuk menerima darah yang belum bermuatan oksigen dari vena cava superior dan vena cava inferior kemudian mengalirkannya ke pulmonal untuk proses difusi; Sedangkan Jantung sebelah kiri menerima darah yang sudah bermuatan oksigen dari paru melalui vena pulmonalis kemudian diedarkan ke seluruh tubuh melalui aorta (Sarpini, 2013).

Fikriana (2018) menjelaskan bahwa sirkulus jantung dalam memompa darah menimbulkan kontraksi atrium dan ventrikel memicu gerakan kerja jantung, gerakan jantung tersebut dibagi menjadi dua jenis, yaitu: sistole yang merupakan kontraksi ventrikel, dimana kedua ventrikel akan menalurkan darah masing masing ke aorta dan atri pulmonais; dan diastole yang merupakan fase relaksasi ventrikel, dimana ventrikel menerima darah dari atrium. Fase sistole dan diastole ini akan membuat jantung terus berdenyut selama seseorang hidup.

2.2.2 Pengertian Hipertensi

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah systole diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastole diatas 90 mmHg (Padila, 2013). Hipertensi merupakan suatu penyakit kronis yang sering disebut *silent killer* karena pada tidak semua penderita mengetahui bahwa mereka menderita penyakit hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya, selain itu pada umumnya penderita hipertensi tidak mengalami suatu tanda atau gejala sebelum terjadi komplikasi (Kemenkes RI, 2019).

Klasifikasi hipertensi pada orang dewasa menurut *Joint National Committee / JNC-7* (2013), dalam Sya'diyah (2018) terbagi menjadi kelompok normal, prahipertensi, hipertensi stadium I, dan hipertensi stadium II.

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi menurut JNC-7

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi ringan (Stadium I)	140-159	90-99
Hipertensi sedang (Stadium II)	≥160	≥100

2.2.3 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu (Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Hipertensi Primer (hipertensi esensial)

Hipertensi primer disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. faktor yang mempengaruhinya yaitu: genetik, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis system renin, angiotensin dan peningkatan

Na + Ca intraseluler. faktor-faktor yang meningkatkan resiko yaitu: obesitas, merokok, alkohol polisitemia, asupan lemak jenuh dalam jumlah besar, dan stres.

2. Hipertensi sekunder

Penyebab dari hipertensi sekunder meliputi: penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Penyebab hipertensi pada Lansia terjadi karena adanya perubahan pada:

1. Elastisitas dinding aorta menurun
2. Katub jantung menebal dan menjadi kaku
3. Kemampuan kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, hal ini disebabkan oleh 1% setiap tahunnya sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun.
4. Kehilangan elastisitas pembuluh darah, hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
5. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

Faktor resiko (Sya'diyah, 2018):

1. Usia dan riwayat keluarga
2. Ras dan seks
3. Intake tinggi garam
4. Stres
5. Penggunaan obat-obat kontrasepsi oral

2.2.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Aspiani, 2015), Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala.

Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut:

1. Sakit kepala
2. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
3. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
4. Berdebar atau detak jantung terasa cepat
5. Telinga berdenging

Pada penderita hipertensi tidak ada gejala diawal, walaupun ada biasanya ringan dan tidak spesifik seperti pusing, tengkuk terasa pegal, dan sakit kepala. Gejala yang dirasakan oleh penderita hipertensi yang sudah berlangsung lama dan tida diobati maka akan tibul gelaja antara lain: sakit kepala, pandangan mata kabur, sesak napas dan terengah-engah, pemengkakan pada ekstremitas bawah, denyut jantung kuat dan cepat (Pratiwi & Mumpuni, 2017). Menurut Sutanto (2009), dalam (Nahak, 2019) gejala-gejala yang mudah diamati pada penderitah hipertensi antara lain yaitu : gejala ringan seperti pusing atau sakit kepala, sering gelisah, wajah merah, tengkuk teras pegal, mudah marah, telinga berdeging, sukar tidur, sesak napas, tengkuk rasa berat, mudah lelah, mata berkunang-kunang dan mimisan (darah keluar dari hidung).

2.2.5 Patofsiologi

Faktor predisposisi yang saling berhubungan juga turut serta menyebabkan peningkatan tekanan darah pada pasien hipertensi. Diantaranya adalah faktor primer dan faktor sekunder. Faktor primer adalah faktor genetik, gangguan emosi,

obesitas, konsumsi alkohol, kopi, obat-obatan, asupan garam, stress, kegemukan, merokok, aktivitas fisik yang kurang. Sedangkan faktor sekunder adalah kelainan ginjal seperti tumor, diabetes, kelainan adrenal, kelainan aorta, kelainan endokrin lainnya seperti obesitas, resistensi insulin, hipertiroidisme dan pemakaian obat-obatan seperti kontrasepsi oral dan kortikosteroid (Wijaya & Putri, 2013)

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medulla di otak. Dari pusat *vasomotor* ini bermula jarak saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke *korda spinalis* dan keluar dari *kolumna medulla spinalis* ke *ganglia simpatis* di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat *vasomotor* dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak ke bawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, *neuro preganglion* melepaskan *asetikolin*, yang akan merangsang serabut saraf paska ganglion ke pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor (Nurhidayat,2015).

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas *vasokontriksi*. *Medulla adrenal* mengsekresi *epinefrin* yang menyebabkan *vasokontriksi*. Korteks adrenal mengsekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon *vasokonstriktor* pembuluh darah. *Vasokontriksi* yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan *angiotensin I* yang kemudian diubah menjadi *angiotensin II*, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang *sekresi aldosteron* oleh korteks adrenal. Hormon ini

menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume *intravaskuler*. Semua factor tersebut cenderung pencetus keadaan hipertensi (Nurhidayat,2015).

Pada Lansia terjadi perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer yang bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang ada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang di pompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer. (Wijaya & Putri, 2013).

2.2.6 Kompikasi

Kompikasi yang dapat terjadi jika hipertensi tidak terkontrol, antara lain (Sya'diyah, 2018):

1. Krisis hipertensi.
2. Penyakit jantung dan pembuluh darah, seperti: jantung koroner dan penyakit jantung hipertensi, gagal jantung.
3. Stroke.
4. Ensefalopati hipertensi, merupakan sindroma yang ditandai dengan perubahan neurologis mendadak yang muncul akibat tekanan arteri meningkat dan akan kembali norma jika tekanan darah menurun.
5. Nefrosklerosis hipertensi.
6. Retinopati hipertensi.

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

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

1. Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
 - b. BUN /kreatinin : memberikaan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
 - c. Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin. Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
2. CT scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encephalopati.
3. EKG : dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
4. IVP : mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti batu ginjal, perbaikan ginjal.
5. Photo dada : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.2.8 Penatalaksanaan

Menurut Sya'diyah (2018) penatalaksanaan hipertensi secara garis besar dapat dibagi menjadi dua yaitu penatalaksanaan nonfarmakologi dan penatalaksanaan farmakologi:

1. Penatalaksanaan Nonfarmakologi

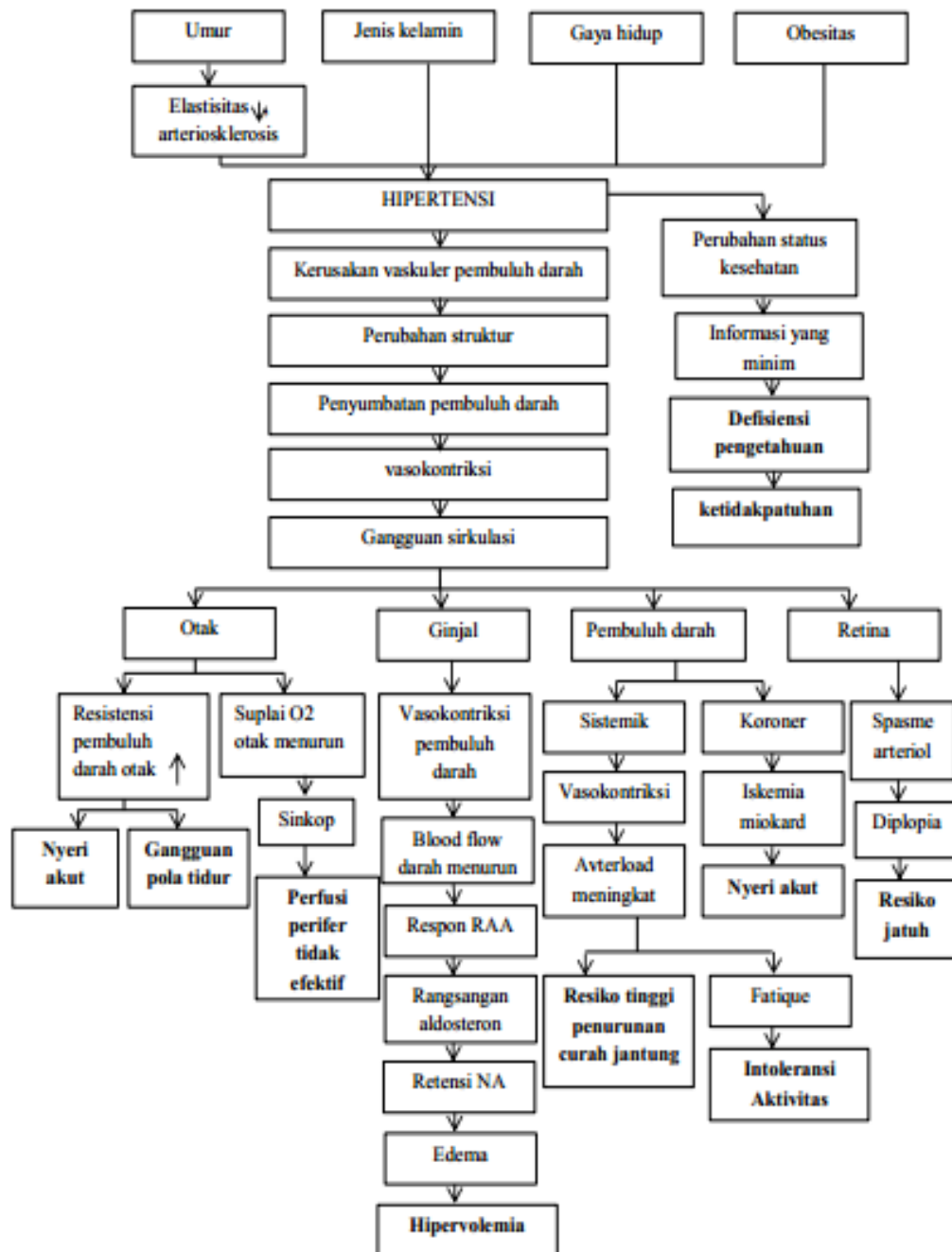
Tujuan penataaksanaan hipertensi tidak hanya untuk menurunkan tekanan darah, melainkan juga untuk mengurangi dan mencegah komplikasi. Penatalaksanaan ini dapat dilakukan dengan cara memodifikasi gaya hidup yang dapat meningkatkan faktor resiko yaitu dengan :

- a. Konsumsi gizi seimbang dan pembatasan gula, garam dan lemak.
- b. Mempertahankan berat badan ideal.
- c. Gaya hidup aktif/olahraga teratur.
- d. Stop merokok.
- e. Membatasi konsumsi alkohol (bagi yang minum).
- f. Istirahat yang cukup dan kelola stres

2. Penataaksanaan Farmakologi

Pengobatan hipertensi perlu dilakukan seumur hidup penderitanya. Dalam pengobatan hipertensi obat standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi, antara lain obat deuretik, Penekat Beta, Antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal awal dengan memperhatikan keadaan penderitanya dan penyakit diderita penderitanya. Bila tekanan darah tidak turun selama satu bulan, maka dosis obat dapat disesuaikan sampai dengan dosis maksimal atau dapat pula menambah obat dengan golongan lain atau mengganti obat pertama dengan obat golongan lain. Sasaran penurunan tekanan darah yaitu $\geq 140/90$ mmHg dengan efek samping minimal. Selain itu penurunan dosis obat dapat dilakukan pada penderita dengan hipertensi ringan yang sudah terkontrol dengan baik selama satu tahun.

2.2.9 WOC



Gambar 2.3 WOC Hipertensi

Sumber: WOC dengan menggunakan SDKI 2017 (Fajarnia, 2021)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Anamnesis

a. Identitas Klien

Meliputi nama klien, Usia 65-80 tahun mempunyai risiko lebih tinggi terkena hipertensi, terjadi pada semua jenis kelamin, status perkawinan: orang yang sudah menikah memiliki pengaruh terhadap kondisi kejiwaan seseorang yang menyebabkan tekanan darah meningkat. Pekerjaan : orang dengan pekerja keras tidak menutup kemungkinan menderita hipertensi di karenakan aktivitas yang menguras sehingga mengurangi aktivitas yang baik untuk dilakukan (Sibarani 2017 dalam Trijayanti 2019).

b. Keluhan Utama

Menurut (Aspiani, 2015), Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Pada penderita hipertensi tidak ada gejala diawal, walaupun ada biasanya ringan dan tidak spesifik seperti pusing, tenguk terasa pegal, dan sakit kepala (Pratiwi & Mumpuni, 2017).

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Beberapa hal yang harus diungkapkan pada setiap gejala yaitu sakit kepala,kelelahan,pundak terasa berat. Gejala-gejala yang mudah diamati pada penderitah hipertensi antara lain yaitu : gejala ringan seperti pusing atau sakit kepala, sering gelisah, wajah merah, tengkuk teras pegal, mudah marah, telinga berdeging, sukar tidur, sesak napas, tengkuk rasa berat,

mudah lelah, mata berkunang-kunang dan mimisan (darah keluar dari hidung) (Sutanto 2009, dalam Nahak, 2019).

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat penyakit hipertensi sebelumnya, riwayat pekerjaan pekerjaan pada pekerja yang berhubungan dengan peningkatan aktivitas, riwayat penggunaan obat- obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok serta riwayat penyakit kronik lain yang diderita klien.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

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

2. Pemeriksaan Fisik

Menurut Padila (2013) pemeriksaan fisik meliputi :

a. Aktivitas/Istirahat Gejala

Gejala : kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup monoton.

Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, dan takipnea.

b. Sirkulasi

Gejala : riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner, dan penyakit serebrovaskuler. Dijumpai pula episode palpitasi serta perspirasi.

Tanda : kenaikan tekanan darah (pengukuran serial dan kenaikan tekanan darah) diperlukan untuk menegakkan diagnosis. Hipertensi

merupakan peningkatan tekanan darah systole diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastole diatas 90 mmHg

Nadi : denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, perbedaaan denyut seperti denyut femoral melambat sebagai kompensasi denyutan radialis/brakhialis, denyut (popliteal, tibialis posterior, dan pedialis) tidak teraba atau lemah.

Ekstremitas : perubahan warna kulit, suhu dingin (vasokonstriksi primer) Kulit pucat, sianosis, dan diaphoresis (kongesti, hipoksemia).Bisa juga kulit berwarna kemerahan (feokromositoma).

c. Integritas Ego

Gejala : riwayat kepribadian, ansietas, depresi, euporia, atau marakronik (dapat mengindikasikan kerusakan serebral). Selain ini juga ada faktor-faktor multiple, seperti hubungan, keuangan, atau hal-hal yang berkaitan dengan pekerjaan.

Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak, gerak tangan empati, otot muka 39 tegang (khususnya sekitar mata)., gerakan fisik cepat, pernapasan menghela, dan peningkatan pola bicara

d. Eliminasi

Gejala : adanya gangguan ginjal saat ini atau yang telah lalu, seperti infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa lalu.

e. Makanan dan Cairan

Gejala : Makanan yang disukai dapat mencakup makaan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol (seperti makanan digoreng, keju, telur),

gula-gula yang berwarna hitam, dan kandungan tinggi kalori, mual dan muntah, penambahan berat badan (meningkat/turun), riwayat penggunaan obat diuretic.

Tanda : Berat badan normal, bisa juga mengalami obesitas. Adanya edema (mungkin umum atau edema tertentu); kongesti vena, dan glikosuria (hampir 10% pasien hipertensi adalah penderita diabetes).

f. Neurosensori

Gejala : keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala suboksipital. (Terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).

g. Nyeri / Ketidak Nyamanan

Angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung). Nyeri hilang timbul pada tungkai atau klaudikasi (indikasi arteriosklerosis pada arteriektremitas bawah). Sakit kepala oksipital berat, seperti yang pernah terjadi sebelumnya. Nyeri abdomen/massa (feokromositoma).

h. Pernapasan

Secara umum, gangguan ini berhubungan dengan efek kardiopulmonal, tahap lanjut dari hipertensi menetap/berat.

Gejala: Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal parok-sismal, batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

Tanda: Distress respirasi atau penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi napas tambahan (krakles atau mengi), sianosis.

i. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi / cara berjalan, hipotensi postural.

3. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Menggambarkan Pola nutrisi pada penderita hipertensi apakah diet rendah garam, apakah masih mengkonsumsi alkohol, dan makan makanan yang sehat untuk menjaga diri terbebas dari hipertensi.

b. Pola Eliminasi

Menjelaskan pola fungsi ekresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, dan penggunaan kateter.

c. Pola Aktivitas dan Istirahat

Pada lansia yang kurang tidur menyebabkan gangguan pada gaya berjalannya lebih lambat, mudah lelah, keseimbangan aktivitas menurun. Pengkajian Indeks KATZ.

d. Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, dan masalah keuangan. Tabel Pengkajian APGAR Keluarga.

e. Pola Sensori dan Kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif, pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Pada klien katarak dapat ditemukan gejala gangguan penglihatan perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap. Sedangkan tandanya

adalah tampak kecoklatan atau putih susu pada pupil, peningkatan air mata. Tabel Pengkajian Status Mental/*Short Portable Mental Status Questioner* (SPMSQ).

f. Pola Persepsi

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri, peran, identitas diri. Manusi sebagai sistem terbuka dan makhluk bio-psiko-sosial-kultural-spiritual kecemasan, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Depresi menggunakan Tabel Inventaris Depresi back.

g. Pola Seksual dan Reproduksi

Menggambarkan kepuasan/masalah terhadap seksualitas.

h. Pola Mekanisme/Penanggulangan Stress dan Koping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress

i. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola, nilai keyakinan termasuk spiritual

(Trijayanti, 2019)

4. Pemeriksaan Diagnostik

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

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagulabilita, anemia.
 - 2) BUN /kreatinin : memberikaan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
 - 3) Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin. Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
- d. CT scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.
 - e. EKG : dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
 - f. IVP : mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti batu ginjal, perbaikan ginjal.
 - g. Photo dada : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik aktual ataupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentivikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien Hipertensi, antara lain:

1. Hipervolemia berhubungan gangguan aliran balik vena (D.0022).

2. Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload (D.0011).
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009).
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (D.0077).
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055).
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Tinjauan Pustaka

No DX	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI) (Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi)
1	Hipervolemia berhubungan gangguan aliran balik vena (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan meningkat	Keseimbangan Cairan (L.03020, Hal.41) <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluan urin meningkat 3. Kelembaab membran mukosa meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Tekanan arteri rata-rata membaik 8. Denyut nadi radial membaik 	Perawatan sirkulasi (1.02079, Hal.: 345) <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tanda dan gejala hipervolemia 2. Kaji penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output <i>Terapeutik</i> <ol style="list-style-type: none"> 4. Timbang berat badan setiap hari 5. Batasi asupan cairan dan garam <i>Edukasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan cara mencatat dan mengukur asupan dan haluaran cairan 7. Ajarkan membatasi cairan <i>Kolaborasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasikan pemberian diuretik Intervensi utama lain: Pemantauan cairan(1.09988, Hal.: 242)
2	Resiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam, diharapkan	Curah Jantung (L.02008, Hal.20) <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 	Perawatan Jantung (1.02075, Hal.: 317) <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan dan memastikan terjadinya penurunan curah jantung

	(D.0011)	curah jantung meningkat	<ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Ejection fraction</i> (EF) meningkat 3. Gambaran EKG aritmia menurun 4. Edema menurun 5. Tekanan darah membaik 6. CRT membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Menentukan dan memastikan terjadinya penurunan curah jantung 3. Melihat tingkat keparahan nyeri untuk menentukan intervensi 4. Melihat dan memastikan hasil EKG terjadinya aritmia atau tidak <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Meningkatkan kenyamanan 6. Mencegah terjadinya penumpukan plak yang disebabkan oleh makanan tinggi lemak 7. Membantu mengurangi stress <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Mengembalikan kondisi tubuh agar tidak terasa lemah <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Membantu mengatasi gangguan irama jantung
3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi perifer adekuat	<p>Perfusi Perifer (L.02011, Hal.84)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Edema perifer menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan sirkulasi (1.02079, Hal.: 345)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji sirkulasi perifer (nadi perifer, CRT, warna, suhu, akral) 2. Kaji faktor resiko gangguan sirkulasi (DM, hipertensi, kadarkolesterol tinggi) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lakukan hidrasi <p>Pemantauan hasil laboratorium (1.09988, Hal.: 242)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kaji pemeriksaan laboratorium yang diperlukan

				<p>5. Monitor hasil laboratorium yang diperlukan</p> <p>6. Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>7. Interpretasikan hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>8. Kolaborasikan dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media</p>
4	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun	<p>Tingkat Nyeri (L.08066, Hal.145)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Rekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri (1.08238, Hal. : 201)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik, teknik imajinasi terbimbing, aromaterapi) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i>

5	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pola tidur membaik	Pola Tidur (L.05045, Hal. 96) 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (SIKI, 1.05174, Hal: 48) <i>Observasi</i> 1. Kaji pola aktivitas dan tidur. 2. Kaji faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis). <i>Terapeutik</i> 3. Modifikasi lingkungan 4. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> 5. Tetapkan jadwal tidur rutin 6. Jekaskan pentingnya tidur yang cukup <i>Edukasi</i> 7. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 8. Anjurkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur. 9. Ajarkan relaksasi otot progresif.
6	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat	Toleransi Aktivitas (L.05047, Hal.149) 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Dipnea saat aktivitas menurun 5. Dipnea setelah aktivitas menurun	Manajemen Energi (1.05178, Hal. 176) <i>Observasi</i> 1. Menentukan rencana tindakan keperawatan 2. Mengetahui durasi tidur klien yang menjadi penyebab kelelahan <i>Terapeutik</i> 3. Memperbaiki kondisi tubuh menjadi aktif sedikit demi sedikit untuk mengurangi kelelahan fisik 4. Memberikan kenyamanan <i>Edukasi</i> 5. Mengurangi kelelahan fisik 6. Melatih tubuh agar mampu beradaptasi dengan aktivitas

				<i>Kolaborasi</i> 7. Meningkatkan energi kondisi tubuh agar terhindar dari rasa kelelahan
--	--	--	--	--

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

2.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dilakukan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi merupakan pelaksanaan dari intervensi-intervensi yang telah direncanakan dan ditetapkan (Padila, 2013).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian apa yang telah dicapai dan bagaimana telah tercapai, merupakan identifikasi sejauh mana tujuan dari intervensi keperawatan telah tercapai atau tidak (Padila, 2013).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam Bab ini membahas hasil asuhan keperawatan gerontik dimulai dari tahapan pengkajian, analisa data, perumusan masalah keperawatan, intervensi, implementasi serta evaluasi yang dilaksanakan pada tanggal 13 Januari 2022 sampai 15 Januari 2022 di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

3.1 Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Identita Pasien

Tn. S berjenis kelamin laki-laki, berusia 75 tahun, bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa dan beragama Islam. Klien sudah menikah, pendidikan terakhir SMP. Klien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama ± 10 bulan. Pasien tidak mempunyai sumber pendapatan tetap, dahulu pasien pernah bekerja serabutan di daerah Surabaya. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu keponakan.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

Keluhan utama yang dirasakan Tn. S saat pengkajian adalah sulit tidur saat malam hari karena merasa pusing dan pegal pada belakang kepala. Tn. S mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Keluhan yang dirasakan Tn. S dalam 3 bulan terakhir adalah merasa gatal pada area punggung dan lengan, serta pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru sembuh. Untuk mengatasi keluhan susah tidur Tn. S hanya diam ditempat tidur, duduk. Selama berada di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya Tn. S mendapat obat Metformin 3x500mg, Amlodipine 1x5mg, B Complex 1x1 dan Kalk 1x1. Tn. S tidak memiliki alergi makanan maupun obat-obatan.

3.1.3 Fungsi Fisiologi

Tn. S mengalami perubahan status fisiologis antara lain Tn. S sering sulit tidur di malam hari dikarenakan merasa pusing dan pegal di belakang kepala. Durasi tidur Tn. S pada malam hari pukul 01.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB. Sedangkan durasi tidur siang Tn. S pukul 10.00 WIB sampai pukul 11.30 WIB, setelah itu tidur kembali pukul 13.00 WIB dan bangun pukul 15.00 WIB. Dalam kemampuan ADL Tn. S melakukannya secara mandiri tanpa bantuan dan tidak ada perubahan nafsu makan. Berikut adalah data tanda-tanda vital dan antropometri Tn. S yang diperoleh ketika melakukan pengkajian:

1. Keadaan umum baik, Tekanan Darah 170/90 mmHg, Nadi 94 ×/menit, Respirasi 20 ×/menit, Suhu 36,4°C, CRT < 2 detik.
2. Berat Badan 68 kg, Tinggi badan 170 cm, IMT: 23,52 (Ideal/Normal).

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Integumen

Pada Tn. S ditemukan bekas lesi/luka pada pergelangan kaki kanan tektur bekas luka kasar dan kering. Terdapat bekas garukan berwarna merah pada lengan kiri dan punggung, kulit Tn. S tampak kering, tidak terdapat memar dan perubahan pigmen, turgor kulit elastis.

2. Hematopoetic

Pada Tn. S tidak ada pendarahan abnormal, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, dan tidak mengaami anemia.

3. Kepala

Bentuk kepala Tn. S simetris, tidak terdapat benjolan, rambut Tn. S didominasi warna putih, dan tidak mengalami kerontokan. Tn. S mengeluh kadang-kadang merasa pusing dan pegal di belakang kepala. Tampak lelah dan lesu.

4. Mata

Pada Tn. S mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada peradangan di kedua mata, mata tidak strabismus, mata tampak sayup, tampak lingkaran dibawah. Tn. S mengalami perubahan penglihatan yaitu kabur dan terlihat selaput putih pada lensa mata sebelah kanan. Dampak pada ADL Tn. S masih mampu melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan. Tn. S mengatakan pandangannya sedikit kabur.

5. Telinga

Telinga Tn. S simetris, Tn. S tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak mengalami penurunan pendengaran, tidak ada vertigo dan tinitus.

6. Hidung

Bentuk hidung Tn. S simetris, tidak ada polip, tidak terdapat peradangan dan tidak ada gangguan penciuman.

7. Mulut dan Tenggorokan

Pada Tn. S kebersihan mulut baik, mukosa bibir lembab, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan. Pola dalam kebersihan gigi dan mulut, Tn. S menggosok gigi 1 kali sehari. Susunan gigi Tn. S tidak lengkap, akibatnya Tn. S sedikit sulit untuk mengunyah makanan yang keras.

8. Leher

Pada Tn. S tidak terdapat lesi, tidak ada kekakuan, tidak ada nyeri tekan, tidak ditemukan massa maupun pembesaran kalenjar thyroid.

9. Pernapasan

Tidak ada batuk, tidak ada sesak napas, tidak ada retraksi dada, tidak terdapat suara napas tambahan ronchi maupun wheezing.

10. Kardiovaskuler

Bentuk dada Tn. S normo chest, tidak ada nyeri dada, Ictus cordis 4-5 mid clavicula, bunyi jantung S1 S2 tunggal, CRT <2 detik.

11. Gastrointestinal

Pada Tn. S bentuk flat, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat asites, tidak teraba massa tidak mengalami mual dan muntah, tidak ada perubahan nafsu makan. Pola BAB teratur 2 hari sekali dengan konsistensi lembek.

12. Perkemihan

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

13. Reproduksi / Genetalia

Pada Tn. S tidak mengalami hernia dan hemoroid.

14. Muskuloskeletal

Pada Tn. S tidak ditemukan deformitas tulang, tidak ada bengkak, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, tidak ada kelemahan otot, tidak ada keluhan nyeri otot maupun punggung. Refleks: Bicep: +/+, Tricep: +/+, Knee

+/+, Achilles +/+. Kekuatan otot:

5555	5555
5555	5555

15. Persyarafan

Kesadaran Tn. S composentis, GCS : E4 V5 M6, Tn. S tidak mengalami disorientasi orang, waktu maupun tempat, Pengkajian nyeri : Tn. S tidak mengeluh nyeri. Pengkajian 12 nerves pada Tn. S sebagai berikut:

N.I (*Olfactorius*): Tn. S dapat mengidentifikasi bau.

N.II (*Optikus*): Tn. S dapat melihat baik.

N.III (*Okulomotorius*): Pergerakan pupil simetris, pupil isokor +/-.

N.IV (*Troklearis*): Pergerakan mata baik, dapat mengerakan pupil ke kanan dan kiri.

N.V (*Trigeminus*): Dapat membuka mulut dan mengunyah.

N.VI (*Abdusen*): Pergerakan mata baik, dapat menggerakan mata ke arah lateral,

N.VII (*Fasialis*) : Dapat mengerutkan dahi, dan senyum simetris.

N.VIII (*Vestibulocochlearis*): Tn. S dapat mendengarkan suara jentikan jari pada kedua telinga.

N.IX (*Glossofaringeal*): Uvula berada ditengah

N.X (*Vagus*): Dapat menelan dengan baik

N.XI (*Aksesorius*): Mampu menolehkan leher tanpa menggerakan bahu.

N.XII (*Hipoglossus*): Dapat bicara normal, dan dapat menjulurkan lidah.

3.1.5 Pengkajian Psikososial dan Spiritual

1. Psikososial

Tn. S tidak mengalami cemas, depresi dan ketakutan. Tn. S mengalami gangguan tidur karena pusing dan pegal di belakang kepala. Tn. S tidak mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi. Mekanisme koping Tn. S

mensyukuri dan selalu berpikir positif atas segala hal yang dia alami dalam hidupnya. Persepsi tentang kematian Tn. S menganggap kematian adalah hal yang wajar semua manusia akan mati pada waktunya. Dampak pada ADL, Tn. S merasa lelah dan lesu karena ganggaun pola tidur.

2. Spiritual

Tn. S jarang melaksanakan 5 waktu dalam sehari namun hanya beribadah 3-4 waktu sehari. Hambatan: tidak ada.

3. Aktivitas

Tn. S lebih suka berada didalam kamar, jika bosan dikamar Tn. S akan berjalan-jalan diteras, duduk-duduk di teras dan menonton TV. Tn. S Tidak mengikuti kegiatan senam pagi bersama.

3.1.6 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

Pada pemukiman Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Griya Werdha Jambangan Suraaya memiliki luas bangunan sekitar 2.887 m² dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genting, dinding tembok, lantai keramik, pegangan di pinggir area teras dan kamar mandi, serta kebersihan lantai baik. Ventilasi 15 % luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di UPTD Griya Wreda Jambangan Suraaya memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap serta terdapat pepohonan. Di panti menggunakan air PDAM dan membeli air minum galon. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dikelola dinas. Tidak ditemukan binatang pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga.

2. Fasilitas

Di Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Griya Wreda Jambangan Suraaya terdapat fasilitas olahraga yaitu taman luasnya 20 m², ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah (mushola).

3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa penanggulangan bencana dan kebakaran, terdapat pos lapor ang dijaga oleh satpam. Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan rata.

4. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung.

3.1.7 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan

1. Kemampuan ADL (*Activity o Daily Living*)

Pemeriksaan ADL dengan menggunakan tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel) pada TN. S didapatkan total skor 100, yang artinya Tn. S dapat melakukan ADL secara mandiri.

2. Aspek Kognitif

Pemeriksaan dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental State Examination*) menunjukkan bahwa Tn. S dapat menjawab 8 pertanyaan dari 10 pertanyaan pada aspek kognitif orientasi, dapat menjawab semua pertanyaan pada aspek registrasi, aspek perhatian dan kalkulasi, aspek mengingat serta dapat menjawab 8 dari 9 pertanyaan dan perintah pada aspek bahasa. Sehingga Tn. S mendapatkan tota nilai 27 dengan interpretasi tiada ada gangguan kognitif.

3. Tes Keseimbangan

Pada tes keseimbangan menggunakan *Time Up Go Test* didapatkan hasil TUG 11 detik, yang artinya TN. S memiliki keseimbangan yang masih baik dan tidak mengalami resiko jatuh.

4. Pengkajian Kecemasan dan Depresi

Pemeriksaan dengan menggunakan *Geriatric Depressioin Scale (Short Form)* didapatkan hasil 2, yang mengindikasikan Tn. S tidak mengalami depresi.

5. Fungsi Sosial Lansia

Pemeriksaan menggunakan APGAR keluarga pada Tn. S didapatkan total skore 10, yang artinya Tn. S mampu berinteraksi dengan baik di lingkungan sekitar dan mampu memecahkan masalah.

3.1.8 Hasil Pemeriksaan Diagnostik/Penunjang

1. Hasil pemeriksaan gulah darah sewaktu pada tanggal 13 Januari 2022 98g/dL.
2. Terapi Obat

Tabel 3.1 Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Metformin	3x500mg	Metformin digunakan dalam terapi diabetes melitus tipe 2 yang kadar gula darahnya tidak terkontrol dengan diet dan aktivitas fisik
Amlodipine	1x5mg	Amlodipine digunakan untuk terapi menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi
B Complex	1x1	Digunakan untuk emenuhi kebutuhan vitamin serta mineral di dalam tubuh, membantu proses pertumbuhan dan juga perkembangan serta berperan meningkatkan imunitas tubuh.

3.1.9 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Tn. S memiliki kebiasaan meokok sebelum tinggal di UPTD Giya Wreda Jamangan Surabaya. Dalam pola pemenuhan kebutuhan nutrisi, frekuensi makan Tn. S 3 kali sehari dengan 1 porsi dihabis. Pola pemenuhan cairan, Tn. S minum lebih dari 3 gelas sehari yaitu sekitar 2lt/hari dengan jenis minuman yaitu air putih, teh hangat, susu yang disediakan di UPTD Giya Wreda Jamangan Surabaya. Tn. S memiliki pola kebiasaan tidur yang tidak teratur yaitu durasi tidur Tn. S pada malam hari pukul 01.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB, durasi tidur siang Tn. S pukul 10.00 WIB sampai pukul 11.30 WIB, setelah itu tidur kembali pukul 13.00 WIB dan bangun pukul 15.00 WIB, total durasi tidur Tn. S lebih dari 6 jam dalam sehari dalam kondisi tidur yang tidak nyenyak. Hal itu dikarenakan Tn. S sulit tidur saat malam hari karena merasa pusing dan pegal pada belakang kepala. Jika ada waktu luang dihabiskan dengan bersantai di dalam kamar atau menonton TV. Tn. S tidak pernah mengikuti kegiatan senam pagi bersama. Pola eliminasi BAB Tn. S normal yaitu 1 kali sehari dengan konsistensi feses lembek dan tidak ada gangguan BAB. Pola buang air kecil Tn. S sekitar 4-6 kali/hari dengan warna urine kuning jernih dan tidak ada gangguan BAK. Untuk menjaga kebersihan diri Tn. S mandi 2 kali sehari menggunakan sabun, sikat gigi 1 kali sehari menggunakan pasta gigi, berganti pakaian bersih lebih dari 1 kali sehari.

3.2 Analisis Data

Tabel 3.2 Analisis Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS : Tn. S mengatakan sering sulit tidur di malam hari dikarenakan merasa pusing dan pegal di belakang kepala. Durasi tidur Tn. S pada malam hari pukul 01.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB. Sedangkan durasi tidur siang Tn. S pukul 10.00 WIB sampai pukul 11.30 WIB, setelah itu tidur kembali pukul 13.00 WIB dan bangun pukul 15.00 WIB</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak lingkaran dibawah mata b. TD: 170/90 mmHg c. Nadi: 94 x/menit d. Repirasi: 20 x/menit e. Tampak lelah dan lesu f. Mata sayup 	Kurang Kontrol Tidur	Gangguan Pola Tidur (SDKI, D.0055, Hal: 126)
2.	<p>DS : Tn. S mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Keluhan yang dirasakan Tn. S dalam 3 bulan terakhir adalah merasa gatal pada area punggung dan lengan, serta pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru sembuh.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Terdapat bekas lesi/luka pada pergelangan kaki kanan tektur bekas luka kasar dan kering. b. Terdapat bekas garukan berwarna merah pada lengan kiri dan punggung, kulit Tn. S tampak kering. 	Faktor Risiko: Faktor Mekanis (garukkan)	Resiko Gangguan Integritas Kulit (SDKI, D.0139, Hal: 300)

3.	<p>DS : Tn. S mengatakan tidak mengikuti senam pagi bersama, lebih suka berada didalam kamar.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. S sering berada di dalam kamar dan jarang melakukan aktivitas b. TD: 170/90 mmHg c. Nadi: 94 ×/menit d. Repirasi: 20 ×/menit e. Suhu: 36,4°C 	Konflik Pengambilan Keputusan	Manajemen Kesehatan Tidak Efektif (SDKI, D.0116, Hal: 256)
4.	<p>DS : Tn. S mengatakan pandangannya sedikit kabur.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. S mengalami perubahan penglihatan yaitu kabur dan terlihat selaput putih pada lensa mata sebelah kanan. b. Hasil TUG 11 detik, yang artinya TN. S memiliki keseimbangan yang masih baik 	Faktor Risiko: Gangguan Penglihatan	Risiko Jatuh (SDKI, D.0143, Hal:306)

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.3 Prioritas Masalah

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (SDKI, D.0055, Hal: 126)	13 Januari 2022		<i>MDA</i>
2.	Manajemen Kesehatan Tidak Efektif b.d Konflik pengambilan keputusan (SDKI, D.0116, Hal: 256)	13 Januari 2022		<i>MDA</i>
3.	Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d Faktor Mekanis (garukkan) (SDKI, D.0139, Hal: 300)	13 Januari 2022		<i>MDA</i>
4.	Risiko Jatuh d.d Gangguan penglihatan (SDKI, D.0143, Hal:306)	13 Januari 2022		<i>MDA</i>

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan Tnjauan Kasus

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil (<i>outcome</i>)	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (SDKI, D.0055, Hal: 126)	Pola tidur (SLKI, L.05045, Hal.: 96) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Pola Tidur Membaik, dengan Kriteria Hasil: a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun c. Keluhan istirahat tidak cukup menurun d. Pola istirahat membaik	Dukungan Tidur (SIKI, 1.05174, Hal: 48) 1. Kaji pola aktivitas dan tidur. 2. Kaji faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis). 3. Batasi waktu tidur siang 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup 6. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 7. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur. 8. Ajarkan relaksasi otot progresif (Relaksasi otot progresif efektif untuk meningkatkan kualitas tidur pada lansia, sehingga relaksasi otot progresif sangat potensial diterapkan untuk meningkatkan kualitas perawatan pada lansia (Ariana et al., 2020)).	1. Mencatat jam tidur klien untuk melihat adanya perubahan pola tidur. 2. Menentukan edukasi yang tepat untuk klien jika sudah ditentukan faktor pengganggu tidur. 3. Untuk memperbaiki pola tidur. 4. Agar klien mengetahui pentingnya tidur yang cukup. 5. Menghindari gangguan saat tidur. 6. Untuk mengetahui penyebab sulit tidur. 7. Membantu memperbaiki kualitas tidur klien.
2.	Manajemen Kesehatan Tidak	Manajemen Kesehatan (SLKI, L.12104, Hal.: 62)	Dukungan Tanggung jawab Pada Diri Sendiri(SIKI, 1.09277, Hal: 47)	1. Mengetahui persepsi tentang masalah kesehatan (tekanan

<p>Efektif b.d Konflik pengambilan keputusan (SDKI, D.0116, Hal: 256)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Manajemen Kesehatan Meningkat, dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat b. Menerapkan program perawatan meningkat c. Aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat d. Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji persepsi klien tentang masalah kesehatan (tekanan darah tinggi). 2. Monitor pelaksanaan tanggung jawab. 3. Berikan penguatan dan umpan balik positif. 4. Diskusikan dengan klien konsekuensi jika tidak melaksanakan tanggung jawab untuk mengontrol tekanan darahnya. <p>Edukasi Kesehatan (SIKI, 1.12383, Hal: 65)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kaji kesiapan dan kemampuan klien menerima informasi (edukasi mengenai hipertensi). 6. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan hipertensi 7. Berikan kesempatan untuk klien bertanya. 8. Jelaskan faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah tinggi. 9. Ajarkan strategi untuk mengontrol tekanan darah tinggi. 	<ol style="list-style-type: none"> darah tinggi). 2. Mengetahui sejauh mana pelaksanaan tanggung jawab klien untuk mengontrol tekanan darahnya. 3. Agar klien dapat menerima perawatan dan masukkan untuk melaksanakan manajemen kesehatan dengan patuh. 4. Agar klien mengetahui konsekuensi jika tidak melaksanakan tanggung jawab untuk mengontrol tekanan darahnya. 5. Mengetahui kesiapan dan kemampuan klien menerima informasi (edukasi mengenai hipertensi). 6. Membantu klien dalam memahami materi pendidikan kesehatan hipertensi. 7. Agar keingintahuan klien dapat terjawab. 8. Agar klien mengerti dan paham mengenai faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah tinggi. 9. Agar klien mengerti dan
---	---	--	--

				dapat melaksanakan strategi untuk mengontrol tekanan darah tinggi.
3.	Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d Faktor Mekanis (garukkan) (SDKI, D.0139, Hal: 300)	Integritas Kulit (SLKI, L.14125, Hal.: 33) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan Membaik, dengan Kriteria Hasil: a. Elastisitas meningkat b. Perfusi jaringan meningkat c. Kerusakan lapisan kulit menurun d. Kemerahan menurun e. Jaringan parut menurun f. Tekstur membaik	Perawatan Integral Kulit (SIKI, 1.11353, Hal: 316) 1. Kaji penyebab gangguan integritas kulit. 2. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering. 3. Anjurkan menggunakan pelembab (Salah satu cara menjaga dan mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit adalah dengan minyak zaitun, minyak zaitun dipercaya dapat membantu mempertahankan kelembapan serta elastisitas kulit sekaligus memperlancar proses regenerasi kulit, sehingga kulit tidak mudah kering dan berkerut (Fajriyah et al., 2015)). 4. Anjurkan minum air yang cukup. 5. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.	1. Mengetahui penyebab gangguan integritas kulit. 2. Menjaga kelembab kulit. 3. Membantu menjaga kelembaban kulit.. 4. Menjaga hidrasi tubuh agar kulit tidak kering. 5. Menjaga kebersihan tubuh dan kulit terjaga.
4.	Risiko Jatuh d.d Gangguan penglihatan (SDKI, D.0143, Hal:306)	Tingkat Jatuh (SLKI, L.14138, Hal.: 140) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Risiko	Pencegahan Jatuh (SIKI, I.14540, Hal: 279) 1. Kaji faktor risiko jatuh. 2. Kaji faktor lingkungan yang	1. Mengetahui faktor resiko jatuh. 2. Mengetahui faktor lingkungan yang

		<p>Jatuh menurun, dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jatuh dari tempat tidur menurun Jatuh saat berdiri menurun Jatuh saat duduk menurun Jatuh saat berjalan menurun Jatuh saat dikamar mandi menurun 	<p>meningkatkan resiko jatuh.</p> <ol style="list-style-type: none"> Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan resiko. Monitor kemampuan berpindah. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. 	<p>meningkatkan resiko jatuh.</p> <ol style="list-style-type: none"> Menurunkan resiko jatuh. Mengetahui kemampuan klien untuk melakukan aktivitas. Mencegah resiko jatuh pada klien. Mengurangi resiko jatuh saat beraktivitas.
--	--	---	--	--

Sumber:(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

3.5 Implementasi Dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Implementasi dan Catatan Perkembangan

No	No Dx	Tgl dan jam	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl dan Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	1,2,3,4	Kamis 13-01- 2022 20.15	1) Membina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam, memperkenalkan diri, dan mendengar keluhan klien. <i>Tn. S menerima kehadiran mahasiswa perawat dan menjawab dengan baik.</i>	<i>MDA</i>	Jumat 14-01- 2022	<u>DX 1</u> S: Tn. S mengatakan sering sulit tidur di malam hari dikarenakan merasa pusing dan pegal di belakang kepala. Durasi tidur Tn. S pada malam hari pukul 01.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB. Sedangkan durasi tidur siang Tn. S pukul 10.00 WIB sampai pukul 11.30 WIB, setelah itu tidur kembali pukul 13.00 WIB dan bangun pukul 15.00	<i>MDA</i>
	1	20.16	2) Mengkaji pola aktivitas dan tidur. <i>Tn. S mengatakan sering sulit tidur di malam hari dikarenakan merasa pusing dan pegal di</i>	<i>MDA</i>			

			<i>belakang kepala. Durasi tidur Tn. S pada malam hari pukul 01.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB. Sedangkan durasi tidur siang Tn. S pukul 10.00 WIB sampai pukul 11.30 WIB, setelah itu tidur kembali pukul 13.00 WIB dan bangun pukul 15.00 WIB.</i>			WIB. Tn. S lebih suka berada didalam kamar, jika bosan dikamar Tn. S akan berjalan-jalan teras, duduk-duduk di teras dan menonton TV. Tn. S mengetahui pentingnya tidur cukup untuk dirinya.
1	20.17	3)	Mengkaji faktor gangguan tidur (fisik dan atau psikologis). <i>Tn. S mengatakan tidak tahu apa penyebab dirinya sulit tidur saat malam hari.</i>	MDA		O: 1. Saat melakukan patroli malam pukul 24.00 WIB mahasiswa perawat mendapati Tn. S masih terbangun ditempat tidur. 2. Menetapkan jadwal tidur rutin malam pukul 21.00-04.00 WIB, dan tidur siang pukul 13.00-14.00 WIB. 3. Tn. S mampu melakukan relaksasi progresif 4. Tn. S mampu menyebutkan faktor-faktor penyebab gangguan tidur 5. Mata sayup 6. Terdapat Lingkaran dibawah mata 7. Tampak lelah dan lesu A: Masalah Teratasi Sebagian P: Lanjutkan Intervensi Dukungan Tidur No. 1, 5, 7
1	20.18	4)	Mengkaji persepsi klien tentang masalah kesehatan (tekanan darah tinggi) <i>Tn. S mengatakan sudah minum obat antihipertensi namun tekan darahnya masih tinggi.</i>	MDA		
2	20.19	5)	Memonitor pelaksanaan tanggung jawab <i>Tn. S mengatakan tidak pernah ikut senam pagi bersama, lebih suka berada didalam kamar, makan 3 kali sehari 1 porsi habis dengan menu sesuai yang disediakan dipanti.</i>	MDA		
2	20.20	6)	Memberikan penguatan dan umpan balik positif <i>Tn. S merasa nyaman dengan kehadiran mahasiswa perawat.</i>	MDA		
3	20.21	7)	Mengkaji penyebab gangguan integritas kulit. <i>Tn. S mengatakan gatal-gatal pada area punggung dan lengan, pergelangan kaki kanan, namun tidak tahu penebabnya. Tn. S</i>	MDA		

MDA

	3	20.22	<p><i>juga mengatakan terdapat luka yang baru sembuh menurut Tn. S lukanya itu duu karena dia memiliki riwayat DM.</i></p> <p>8) Mengkaji penggunaan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering dan gatal. <i>Tn. S mengatakan area yang gatal dan merah dibiarkan saja tidak diberi apa-apa, hanya berusaha untuk tidak menggaruknya.</i></p>	MDA		
	4	20.25	<p>9) Mengkaji faktor resiko jatuh dan faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh. <i>Lingkungan yang ditempati Tn. S sudah sangatlah aman sudah terdapat pegangan di area teras dan kamar mandi, Tn. S memakai alas kaki antislip. Tn. S mengatakan pandangannya sedikit kabur. Tn. S mengalami perubahan penglihatan yaitu kabur dan terlihat selaput putih pada lensa mata sebelah kanan. Hasil TUG 11 detik, yang artinya TN. S memilki keseimbangan yang masih baik</i></p>	MDA		
	1	Jumat 14-01- 2022	<p>10) Menjekaskan pentingnya tidur yang cukup. <i>Tn. S mengetahui pentingnya tidur cukup untuk dirinya.</i></p>	MDA		
	1	06.00 06.02	<p>11) Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur. <i>Tn. S mampu menyebutkan faktor-faktor penyebab gangguan tidur "gaya hidup, aktivitas harian, makanan dan minuman yang</i></p>	MDA		<p><u>DX 2</u> S: Tn. S mengatakan sudah minum obat antihipertensi namun tekan darahnya masih tinggi.</p> <p>Tn. S mengatakan tidak pernah ikut senam pagi bersama, lebih suka berada didalam kamar, makan 3 kali sehari 1 porsi habis dengan menu sesuai yang disediakan dipanti.</p> <p>O: 1. Tn. S merasa nyaman dengan kehadiran mahasiswa perawat. 2. Tn. S mengerti konsekuensi jika tidak melaksanakan tanggung jawab untuk mengontrol tekanan darahnya. 3. Tn. S sering berada di dalam kamar dan jarang melakukan aktivitas 4. TD: 164/90 mmHg 5. Nadi: 94 x/menit 6. Repirasi: 20 x/menit 7. Suhu: 36,4°C A: Masalah Teratasi Sebagian</p>

			<i>mengganggu tidur, makan sebelum tidur, minum terlalu banyak sebelum tidur”</i>	<i>MDA</i>				
1	06.03	12)	Menetapkan jadwal tidur rutin. <i>Tn. S mengatakan akan tidur malam pukul 21.00-04.00 WIB, dan tidur siang pukul 13.00-14.00 WIB.</i>	<i>MDA</i>			P: Lanjutkan Intervensi Dukungan Tanggung jawab Pada Diri Sendiri No. 2,3 dan Lanjutkan Intervensi Edukasi Kesehatan	<i>MDA</i>
1	06.04	13)	Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur <i>Tn. S mengatakan akan berusaha menepati kebiasaan waktu tidur yang telah ditetapkan.</i>	<i>MDA</i>			<u>DX 3</u> S: Tn. S mengatakan gatal-gatal pada area punggung dan lengan, pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru sembuh.	
1	06.05	14)	Mengajarkan relaksasi otot progresif. <i>Tn. S mau dan mampu melakukan relaksasi otot progresif</i>	<i>MDA</i>				
2	06.10	15)	Mendiskusikan dengan klien konsekuensi jika tidak melaksanakan tanggung jawab untuk mengontrol tekanan darahnya. <i>Tn. S mengerti konsekuensi jika tidak melaksanakan tanggung jawab untuk mengontrol tekanan darahnya.</i>	<i>MDA</i>			Tn. S mengatakan area yang gatal dan merah dibiarkan saja tidak diberi apa-apa, hanya berusaha untuk tidakenggaruknya.	
2	06.11	16)	Memberikan penguatan dan umpan balik positif <i>Tn. S merasa nyaman dengan kehadiran mahasiswa perawat.</i>	<i>MDA</i>			O: 1. Terdapat bekas lesi/luka pada pergelangan kanan tektur bekas luka kasar dan kering. 2. Terdapat nampak bekas garukan berwarna merah pada lengan kiri dan punggung. 3. Membantu mengoleskan minyak zaitun pada area punggung dan lengan yang gatal, merah dan area	
3	06.12	17)	Memantu menggunakan produk pelembab (minyak zaitun) <i>Tn. S mau dibantu untuk mengoleskan minyak zaitun pada area punggung dan lengan yang gatal, pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru sembuh.</i>	<i>MDA</i>				

	3	06.15	18) Menganjurkan menggunakan pelembab (minyak zaitun). <i>Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan pelembab.</i>	<i>MDA</i>		bekas luka di pergelangan kaki kanan.	
	3	06.16	19) Menganjurkan minum air yang cukup. <i>Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk minum air secukupnya.</i>	<i>MDA</i>		4. Suhu: 36,4°C	
	3	06.17	20) Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. <i>Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk mandi dan menggunakan sabun secukupnya</i>	<i>MDA</i>		5. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan pelembab.	
	4	06.18	21) Menyediakan pencahayaan yang memadai <i>Pencahayaan di UPTD Griya werdha dan didalam kamar sudah memadai.</i>	<i>MDA</i>		6. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk minum air secukupnya.	
	4	06.19	22) Memastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau <i>Barang-barang pribadi Tn. S berada pada posisi mudah dijangkau</i>	<i>MDA</i>		7. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk mandi dan menggunakan sabun secukupnya.	<i>MDA</i>
	1,2,3,4	06.25	23) Memberikan obat oral <i>Metformin 500mg, B Complex Itab</i>			A: Masalah Teratasi Sebagian	
	1,2,3,4	07.00	24) Melakukan pemeriksaan TTV <i>TD: 164/90 mmHg, Nadi: 94 ×/menit, Repirasi: 20 ×/menit, Suhu: 36,4°C</i>			P: Lanjutkan Intervensi Perawatan Integrital Kulit No. 2,3,4,5	
						<u>DX 4</u> S:	
						Tn. S mengatakan bahwa pandangannya kabur dan juga terdapat bercak-bercak saat melihat.	
						O: 1. Pandangan Tn. S sedikit kabur 2. Lingkungan yang ditempati Tn. S sudah sangata aman sudah terdapat pegangan di area teras dan kamar	

						<p>mandi, Tn. S memakai alas kaki antislip.</p> <p>3. Tn. S mengalami perubahan penglihatan yaitu kabur dan terlihat selaput putih pada lensa mata sebelah kanan.</p> <p>4. Pencahayaan di UPTD Griya werdha dan didalam kamar sudah memadai.</p> <p>5. Barang-barang pribadi Tn. S berada pada posisi mudah dijangkau</p> <p>A: Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi Pencegahan Cedera No. 4,5,6</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

No	No Dx	Tgl dan jam	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl dan Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
2.	1,2,3,4	Jumat 14-01- 2022 14.30	1) Membina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam, memperkenalkan diri, dan mendengar keluhan klien. <i>Tn. S menerima kehadiran mahasiswa perawat dan menjawab dengan baik.</i>	<i>MDA</i>	Jumat 14-01- 2022 22.00	<u>DX 1</u> S: Tn. S mengatakan masih sulit untuk tidur malam, Tn. S juga mengatakn tidur pukul 00.30 WIB sampai pukul 04.00 WIB. dan lanjut tidur siang pukul 12.30 WIB sampai 14.00 WIB. Tadi pagi ikut senam sebentar, setelah itu nonton TV dan mengobrol dengan teman satu kamar.	<i>MDA</i>
	1,2	14.31	2) Mengkaji pola aktivitas dan tidur. <i>Tn. S mengatakan masih sulit untuk tidur malam, Tn. S juga mengatakn tidur pukul 00.30 WIB sampai pukul 04.00 WIB. dan lanjut tidur siang pukul 12.00 WIB sampai 14.00 WIB. Tadi pagi ikut senam sebentar, setelah itu nonton TV dan mengobrol dengan teman satu kamar.</i>	<i>MDA</i>		Tn. S mengatakan melakukan relaksasi otot progresif membantunya tertidur..	
	1	14.33	3) Mengajukan menepati kebiasaan waktu tidur <i>Tn. S mengatakan akan berusaha menepati kebiasaan waktu tidur yang telah ditetapkan.</i>	<i>MDA</i>		O: 1. Tn. S Tidur siang pukul 12.00-14.00 WIB.	
	1	14.34	4) Mengevaluasi keberhasilan relaksasi otot progresif. <i>Tn. S mengatakan melakukan relaksasi otot progresif sedikit membantunya tertidur.</i>	<i>MDA</i>		2. Menetapkan tidur malam pukul 21.00-04.00 WIB, dan tidur siang pukul 13.00-14.00 WIB.	
	2	14.35	5) Memonitor pelaksanaan tanggung jawab <i>Tn. S mengatakan tadi pagi ikut senam</i>	<i>MDA</i>		3. Tn. S mampu melakukan relaksasi progresif 4. Tn. S mampu menyebutkan faktor-	

			<i>bersama dan duduk-duduk di teras. Makan pagi dan siang dihabiskan, juga meminum oat yang diberikan.</i>				
2	14.36	6)	Memberikan penguatan dan umpan balik positif <i>Tn. S merasa nyaman dengan kehadiran mahasiswa perawat.</i>	MDA			
2	14.37	7)	Mengkaji kesiapan dan kemampuan klien menerima informasi (edukasi mengenai hipertensi). <i>Tn. S mau dan siap menerima pendidikan mengenai hipertensi.</i>	MDA			
2	14.38	8)	Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan hipertensi <i>Media pendidikan kesehatan berupa poster</i>	MDA			
2	14.39	9)	Memberikan kesempatan untuk klien bertanya <i>Tn. S bertanya "jadi untuk mengontrol tekanan darahnya tidak cukup hana dengan minum obat ya mbak?"</i>	MDA			
2	14.40	10)	Menjelaskan faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah tinggi. <i>Tn. S mengerti mengenai faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah tinggi. Tn. S dapat menyebutkan kembali strategi mengontrol TD yaitu "usia dan riwayat keluarga, kurang aktivitas, stress, merokok, dan gemuk"</i>	MDA			
2	14.45	11)	Mengajarkan strategi untuk mengontrol	MDA			
						<p>faktor penyebab gangguan tidur</p> <p>5. Mata sayup dan terdapat Lingkaran dibawah mata serta tampak lelah dan lesu</p> <p>A: Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi Dukungan Tidur No. 1, 5, 7</p> <p><u>DX 2</u></p> <p>S: Tn. S mengatakan tadi pagi ikut senam, dan duduk-duduk di teras. Makan pagi dan siang dihabiskan, juga meminum obat yang diberikan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tn. S merasa nyaman dan senang dengan kehadiran mahasiswa perawat. 2. Tn. S mau menerima pendidikan mengenai hipertensi. 3. Tn. S mengerti mengenai faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah tinggi. 4. Tn. S mengerti mengenai strategi untuk mengontrol tekanan darah 	MDA

			tekanan darah tinggi Tn. S mengerti mengenai strategi untuk mengontrol tekanan darah tinggi. Tn. S dapat menyebutkan kembali strategi mengontrol TD yaitu “meminum obat, melakukan pemeriksaan tekanan darah, diet, aktivitas fisik”			tinggi. 5. Tn. S sudah mau beraktivitas diluar kamar 6. TD: 158/93 mmHg; Nadi: 90 ×/menit; Repirasi: 20 ×/menit; Suhu: 36,6°C.	
3	14.50	12)	Mengkaji penggunaan minyak zaitun pada kulit kering dan gatal. Tn. S mengoleskan minyak zaitun pada area punggung dan lengan yang gatal, pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru sembuh tadi pagi tadi dan sebelum tidur siang.	MDA		A: Masalah Teratasi Sebagian	
3	14.51	13)	Menganjurkan menggunakan pelembab (minyak zaitun) Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan pelembab .	MDA		P: Lanjutkan Intervensi Dukungan Tanggung jawab Pada Diri Sendiri No. 2,3	MDA
3	14.52	14)	Menganjurkan minum air yang cukup Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk minum air secukupnya.	MDA		DX 3	
3	14.53	15)	Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk mandi dan menggunakan sabun secukupnya.	MDA		S: Tn. S mengatakan mengoleskan minyak zaitun pada area punggung dan lengan yang gatal, pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru sembuh tadi pagi tadi, sebelum tidur siang dan selesai mandi sore.	
4	14.54	16)	Memonitor kemampuan berpindah Hasil TUG 11 detik, yang artinya TN. S memiliki keseimbangan yang masih baik	MDA		O: 1. Bekas garukan berwarna merah pada lengan kiri dan punggung berkurang. 2. Bekas lesi/luka pada pergelangan kanan tektur bekas luka berkurang	

	4	14.56	17) Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. <i>Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin.</i>	<i>MDA</i>		3. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan pelembab. Serta Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk minum air secukupnya.	
	4	14.57	18) Menganjurkan untuk berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh dan tetap berhati – hati dalam melakukan aktivitas. <i>Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh dan tetap berhati – hati dalam melakukan aktivitas.</i>	<i>MDA</i>		4. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk mandi dan menggunakan sabun secukupnya.	<i>MDA</i>
	1,2,3,4	14.58	19) Melakukan pemeriksaan TTV <i>TD: 158/93 mmHg, Nadi: 90 ×/menit, Respirasi: 20 ×/menit, Suhu: 36,6°C</i>	<i>MDA</i>		A: Masalah Teratasi Sebagian P: Lanjutkan Intervensi Perawatan Integritas Kulit No. 2,3,4,5 <u>DX 4</u>	
	1,2,3,4	18.00	20) Memberikan obat oral <i>Metformin 500mg, Amlodipine mg</i>	<i>MDA</i>		S:	
	3	18.30	21) Mengkaji penggunaan minyak zaitun pada kulit kering dan gatal. <i>Tn. S mengoleskan minyak zaitun pada area punggung dan lengan yang gatal, pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru sembuh tadi pagi tadi, sebelum tidur siang, dan setelah mandi sore.</i>	<i>MDA</i>		Tn. S mengatakan bahwa pandangannya kabur O: 1. Pandangan Tn. S sedikit kabur. 2. Hasil TUG 11 detik, yang artinya TN. S memiliki keseimbangan yang masih baik. 3. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin 4. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk berkonsentrasi	

						menjaga keseimbangan tubuh dan tetap berhati – hati dalam melakukan aktivitas. A: Masalah Teratasi Sebagian P: Lanjutkan Intervensi Pencegahan Cedera No. 4,5,6	
No	No Dx	Tgl dan jam	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl dan Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
3.	1,2,3,4	Sabtu 15-01 2022 07.10	1) Membina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam, memperkenalkan diri, dan mendengar keluhan klien. <i>Tn. S menerima kehadiran mahasiswa perawat dan menjawab dengan baik.</i>	<i>MDA</i>	Sabtu 15-01 2022 15.00	<u>DX 1</u> S: Tn. S mengatakan mengatakan sudah mulai dapat tidur malam karena pusing dan pegal dibelakang kepala berkurang, Tn. S juga mengatakan melakukan relaksasi otot progresif membantunya tertidur. Tn. S juga mengatakan tidur kemarin malam tidur pukul 21.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB dan tadi siang tidur pukul 13.00-14.00 WIB.	<i>MDA</i>
	1,2	07.11	2) Mengkaji pola aktivitas dan tidur. <i>Tn. S mengatakan masih sulit untuk tidur malam, Tn. S juga mengatakn tidur pukul 00.30 WIB sampai pukul 04.00 WIB. dan lanjut tidur siang pukul 12.00 WIB sampai 14.00 WIB. Tadi pagi ikut senam sebentar, setelah itu nonton TV dan mengobrol dengan teman satu kamar.</i>	<i>MDA</i>		O: 1. Tn. S Tidur siang pukul 12.00-14.00 WIB.	
	1	07.13	3) Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	<i>MDA</i>			

	1	07.14	<p><i>Tn. S mengatakan akan berusaha menepati kebiasaan waktu tidur yang telah ditetapkan.</i></p> <p>4) Mengevaluasi keberhasilan relaksasi otot progresif. <i>Tn. S mengatakan melakukan relaksasi otot progresif sedikit membantunya tertidur.</i></p>	MDA			
	2	07.15	<p>5) Memonitor pelaksanaan tanggung jawab <i>Tn. S mengatakan tadi pagi ikut senam bersama dan duduk-duduk di teras. Makan pagi dan siang dihabiskan, juga meminum oat yang diberikan.</i></p>	MDA			
	2	07.16	<p>6) Memberikan penguatan dan umpan balik positif <i>Tn. S merasa nyaman dengan kehadiran mahasiswa perawat.</i></p>	MDA			
	2	07.17	<p>7) Mengkaji kesiapan dan kemampuan klien menerima informasi (edukasi mengenai hipertensi). <i>Tn. S mau dan siap menerima pendidikan mengenai hipertensi.</i></p>	MDA			
	2	07.18	<p>8) Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan hipertensi <i>Media pendidikan kesehatan berupa poster</i></p>	MDA			
	2	07.19	<p>9) Memberikan kesempatan untuk klien bertanya <i>Tn. S bertanya "jadi untuk mengontrol tekanan darahnya tidak cukup hana dengan minum obat ya mbak?"</i></p>	MDA			
	2	07.20	<p>10) Menjelelaskan faktor yang dapat</p>				
						<p>2. Menetapkan tidur malam pukul 21.00-04.00 WIB, dan tidur siang pukul 13.00-14.00 WIB.</p> <p>3. Tn. S mau menepati jadwal yang telah dibuat.</p> <p>4. Tn. S mampu dan mau melakukan relaksasi otot progresif sebelum tidur.</p> <p>5. Tn. S mampu menyebutkan faktor-faktor penyebab gangguan tidur</p> <p>6. Tampak segar</p> <p>7. Lingkaran hitam dibawah berkurang</p> <p>A: Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi Dukungan Tidur No. 1, 5, 7</p> <p><u>DX 2</u></p> <p>S: Tn. S mengatakan tadi ikut senam, makan pagi dan siang dihabiskan, juga meminum obat yang diberikan.</p> <p>O:</p> <p>1. Tn. S merasa nyaman dan senang dengan kehadiran mahasiswa perawat.</p> <p>2. Tn. S mau menerima pendidikan</p>	MDA

			meningkatkan tekanan darah tinggi. <i>Tn. S mengerti mengenai faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah tinggi. Tn. S dapat menyebutkan kembali strategi mengontrol TD yaitu "usia dan riwayat keluarga, kurang aktivitas, stress, merokok, dan gemuk "</i>	<i>MDA</i>		mengenai hipertensi. 3. Menyediakan media berupa poster. 4. Tn. S mengerti mengenai faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah tinggi. 5. Tn. S mengerti mengenai strategi untuk mengontrol tekanan darah tinggi. 6. Tn. S sudah mau beraktivitas diluar kamar. 7. TD: 152/90 mmHg; Nadi: 94 ×/menit; Repirasi: 20 ×/menit; Suhu: 36,6°C.	
2	07.25	11) Mengajarkan strategi untuk mengontrol tekanan darah tinggi <i>Tn. S mengerti mengenai strategi untuk mengontrol tekanan darah tinggi. Tn. S dapat menyebutkan kembali strategi mengontrol TD yaitu "meminum obat, melakukan pemeriksaan tekanan darah, diet, aktivitas fisik"</i>	<i>MDA</i>				
3	07.30	12) Mengkaji penggunaan minyak zaitun pada kulit kering dan gatal. <i>Tn. S mengoleskan minyak zaitun pada area punggung dan lengan yang gatal, pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru sembuh tadi pagi tadi dan sebelum tidur siang.</i>	<i>MDA</i>			A: Masalah Teratasi Sebagian P: Lanjutkan Intervensi Dukungan Tanggung jawab Pada Diri Sendiri No. 2,3	<i>MDA</i>
3	07.31	13) Mengajarkan menggunakan pelembab (minyak zaitun) <i>Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan pelembab .</i>	<i>MDA</i>			<u>DX 3</u> S: Tn. S mengatakan akan mengoleskan minyak zaitun secara teratur 2x sehari pada area yang gatal, merah dan kering serta pada bekas luka dipergelangan kaki kanan atau saat merasa gatal	
3	11.10	14) Mengajarkan minum air yang cukup <i>Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk minum air secukupnya.</i>	<i>MDA</i>				

	3	11.11	15) Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. <i>Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk mandi dan menggunakan sabun secukupnya.</i>	<i>MDA</i>		maupun saat kulit terasa kering. Tn. S mengatakan sudah tidak gatal-gatal pada area punggung dan lengan.	
	4	11.12	16) Memonitor kemampuan berpindah <i>Hasil TUG 11 detik, yang artinya TN. S memiliki keseimbangan yang masih baik</i>	<i>MDA</i>		O: 1. Bekas garukan berwarna merah pada lengan kiri dan punggung berkurang. 2. Bekas lesi/luka pada pergelangan kanan taktur bekas luka berkurang. 3. Kulit mulai lembab. 4. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk mengoleskan minyak zaitun. 5. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk minum air secukupnya. 6. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk mandi dan menggunakan sabun secukupnya.	
	4	11.13	17) Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. <i>Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin.</i>	<i>MDA</i>			
	4	11.14	18) Menganjurkan untuk berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh dan tetap berhati-hati dalam melakukan aktivitas. <i>Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh dan tetap berhati-hati dalam melakukan aktivitas.</i>	<i>MDA</i>			
	1,2,3,4	11.30	19) Memberikan obat oral <i>Metformin 500mg</i>	<i>MDA</i>			
	1,2,3,4	14.30	20) Melakukan pemeriksaan TTV <i>TD: 152/90 mmHg, Nadi: 94 ×/menit, Respirasi: 20 ×/menit, Suhu: 36,6°C</i>	<i>MDA</i>		A: Masalah Teratasi P: Hentikan Intervensi Perawatan Integritas Kulit. <u>DX 4</u> S:	<i>MDA</i>

						<p>Tn. S mengatakan bahwa pandangannya kabur</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pandangan Tn. S sedikit kabur. 2. Hasil TUG 11 detik, yang artinya TN. S memiliki keseimbangan yang masih baik. 3. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin 4. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh dan tetap berhati – hati dalam melakukan aktivitas. <p>A: Masalah Teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi Pencegahan Cedera</p>
--	--	--	--	--	--	---

3.6 Evaluasi

Tabel 3.6 Evaluasi

Tgl	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Sumatif
16-01-22	<p data-bbox="403 427 635 600">Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (SDKI, D.0055, Hal: 126)</p> <p data-bbox="403 1339 635 1552">Manajemen Kesehatan Tidak Efektif b.d Konflik pengambilan keputusan (SDKI, D.0116, Hal: 256)</p>	<p data-bbox="659 427 735 454"><u>DX 1</u></p> <p data-bbox="659 461 695 488">S:</p> <p data-bbox="659 495 1401 745">Tn. S mengatakan mengatakan sudah mulai dapat tidur malam karena pusing dan pegal dibelakang kepala berkurang, Tn. S juga mengatakan melakukan relaksasi otot progresif membantunya tertidur. Tn. S juga mengatakan tidur kemarin malam tidur pukul 21.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB dan tadi siang tidur pukul 13.00-14.00 WIB.</p> <p data-bbox="659 752 695 779">O:</p> <ol data-bbox="659 786 1401 1151" style="list-style-type: none"> 1. Tn. S Tidur siang pukul 12.00-14.00 WIB. 2. Menetapkan tidur malam pukul 21.00-04.00 WIB, dan tidur siang pukul 13.00-14.00 WIB. 3. Tn. S mau menepati jadwal yang telah dibuat. 4. Tn. S mau dan mampu melakukan relaksasi progresif seelum tidur. 5. Tn. S mampu menyebutkan faktor-faktor penyebab gangguan tidur 6. Tampak segar dan lingkaran hitam dibawah berkurang <p data-bbox="659 1158 695 1184">A:</p> <p data-bbox="659 1191 1011 1218">Masalah Teratasi Sebagian</p> <p data-bbox="659 1225 695 1252">P:</p> <p data-bbox="659 1258 1299 1285">Lanjutkan Intervensi Dukungan Tidur No. 1, 5, 7</p> <p data-bbox="659 1339 735 1366"><u>DX 2</u></p> <p data-bbox="659 1373 695 1400">S:</p> <p data-bbox="659 1406 1401 1478">Tn. S mengatakan tadi ikut senam, makan pagi dan siang dihabiskan, juga meminum obat yang diberikan.</p> <p data-bbox="659 1485 695 1512">O:</p> <ol data-bbox="659 1518 1401 1883" style="list-style-type: none"> 1. Tn. S merasa nyaman dan senang dengan kehadiran mahasiswa perawat. 2. Tn. S mau menerima pendidikan mengenai hipertensi. 3. Menyediakan media berupa poster. 4. Tn. S mengerti mengenai faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah tinggi. 5. Tn. S mengerti mengenai strategi untuk mengontrol tekanan darah tinggi. 6. Tn. S sudah mau beraktivitas diluar kamar. 7. TD: 152/90 mmHg; Nadi: 94 ×/menit; Repirasi: 20 ×/menit; Suhu: 36,6°C. <p data-bbox="659 1966 695 1993">A:</p>

	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d Faktor Mekanis (garukkan) (SDKI, D.0139, Hal: 300)</p>	<p>Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi Dukungan Tanggung jawab Pada Diri Sendiri No. 2,3</p> <p><u>DX 3</u></p> <p>S: Tn. S mengatakan akan mengoleskan minyak zaitun secara teratur 2x sehari pada area yang gatal, merah dan kering serta pada bekas luka dipergelangan kaki kanan atau saat merasa gatal maupun saat kulit terasa kering. Tn. S mengatakan sudah tidak gatal-gatal pada area punggung dan lengan.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bekas garukan berwarna merah pada lengan kiri dan punggung berkurang. 2. Bekas lesi/luka pada pergelangan kanan tekstur bekas luka berkurang. 3. Kulit mulai lembab. 4. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk mengoleskan minyak zaitun. 5. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk minum air secukupnya. 6. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk mandi dan menggunakan sabun secukupnya. <p>A: Masalah Teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi Perawatan Integritas Kulit</p>
	<p>Risiko Jatuh d.d Gangguan penglihatan (SDKI, D.0143, Hal:306)</p>	<p><u>DX 4</u></p> <p>S: Tn. S mengatakan bahwa penglihatannya kabur.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pandangan Tn. S sedikit kabur. 2. Hasil TUG 11 detik, yang artinya TN. S memiliki keseimbangan yang masih baik. 3. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin. 4. Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh dan tetap berhati – hati dalam melakukan aktivitas. <p>A: Masalah Teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi Pencegahan Cedera</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada Bab 4 ini dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan gerontik Tn. S dengan masalah kesehatan hipertensi dan masalah keperawatan utama gangguan pola tidur di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang dilaksanakan pada 13 Januari 2022 – 15 Januari 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan, pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

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

4.1.1 Data Umum (Identitas)

Data yang didapatkan pasien bernama Tn. S berjenis kelamin laki-laki berusia 75 tahun. Menurut Depkes 2006 dalam (Agustina et al., 2014) menjelaskan tingginya prevalensi hipertensi sejalan dengan bertambahnya usia serta penderita hipertensi pada laki-laki dan perempuan sama banyak. Ini sejalan dengan hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan prevalensi hipertensi cenderung meningkat sesuai usia, dengan prevalensi tertinggi terjadi pada usia diatas 75 tahun (69,5%) diikuti usia 65-75 tahun (63,3%), sedangkan prevalensi penderita hipertensi laki-laki (31,3%) dan perempuan (36,9%) hampir sama (Kemenkes RI, 2018). Usia merupakan salah satu faktor yang paling umum yang mempengaruhi

individu untuk mengalami hipertensi. Faktor resiko meningkat secara signifikan setelah usia 45 tahun. Hal ini pada lansia terjadi proses penuaan yang berhubungan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Hal ini sejalan dengan pendapat Wijaya dan Putri (2013) bahwa pada lansia terjadi perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer yang bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah. Penyebab hipertensi pada lansia menurut Sya'diyah (2018) terjadi karena adanya perubahan antara lain: elastisitas dinding aorta menurun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, hal ini disebabkan oleh 1% setiap tahunnya sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, dan meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

6. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan Tn. S adalah sulit tidur saat malam hari karena merasa pusing dan pegal pada belakang kepala. Hal ini disebabkan karena kurangnya aliran darah yang kaya oksigen ke otak. Nahak (2019) menjelaskan bahwa hipertensi pada lansia dapat dimulai dari atherosclerosis yang menyebabkan gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang berlanjut dengan kekakuan pembuluh darah, kekakuan pembuluh darah ini disertai dengan penyempitan karena adanya penumpukan plak yang menghambat gangguan fungsi peredaran darah perifer. Menurut (Aspiani, 2015) gejala umum yang

ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Pada penderita hipertensi tidak ada gejala diawal, walaupun ada biasanya ringan dan tidak spesifik seperti pusing, tenguk terasa pegal, dan sakit kepala, gejala yang dirasakan oleh penderita hipertensi yang sudah berlangsung lama dan tida diobati maka akan timbul gejala antara lain: sakit kepala, pandangan mata kabur, sesak napas dan terengah-engah, pemengkakan pada ekstremitas bawah, denyut jantung kuat dan cepat (Pratiwi & Mumpuni, 2017). Menurut Hidayat (2015) dalam (Pinem, 2021) kondisi sakit dapat mempengaruhi kebutuhan tidur seseorang, seperti memerlukan lebih banyak waktu tidur dan menyebabkan klien kurang tidur, bahkan tidak bisa tidur. Sejalan dengan pendapat Fajarnia (2021) bahwa seseorang yang mengalami sakit memerlukan waktu tidur lebih banyak dari normal, namun keadaan sakit juga dapat menjadikan klien kurang tidur bahkan tidak dapat tidur misalnya pada pasien dengan hipertensi, gangguan pernapasan seperti asma, bronchitis, dan penyakit persyarafan. Permasalahan kesehatan pada lansia juga disebabkan oleh proses menua yang mengakibatkan perubahan secara fisik, psikologis, mental, sosial maupun spiritual dan mendapat menyebabkan gangguan pola tidur, serta dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia.

7. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan yang dirasakan Tn. S dalam 3 bulan terakhir adalah merasa gatal pada area punggung dan lengan, serta pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru sembuh. Pada lansia terjadi perubahan pada integumen karena akibat dari proses menua, dan pada lansia kemampuan regeneratif terbatas sehingga lebih rentan terhadap berbagai penyakit maupun masalah kesehatan. Menurut Kholifah

(2016), proses penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif, pada sistem integumen lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut, kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak, kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudoriteria, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot. Sejalan dengan Padila (2013) yang menyatakan bahwa perubahan pada sistem integumen pada lansia yaitu keriput akibat hilangnya jaringan lemak, kulit kering dan berkurangnya elastisitas karena menurunnya cairan, menurunnya aliran darah menyebabkan penyembuhan luka kurang baik.

8. Riwayat Penyakit Dahulu

Tn. S mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 67 (2015) bahwa penyakit yang sering dijumpai pada lanjut usia salah satunya adalah hipertensi dan diabetes mellitus. Hal ini dikarenakan seiring dengan proses penuaan fungsi organ tubuh juga mengalami penurunan, sistem kardiovaskuler dan sistem endokrin lansia pun rentan mengalami gangguan (Dewi, 2014). Pada lansia terjadi penurunan elastisitas dinding aorta, katup jantung menebal serta menjadi kaku, kemampuan jantung memompa untuk darah, hilangnya elastisitas pembuluh darah dan meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer, hal-hal tersebutlah yang menyebabkan lansia mengalami hipertensi (Fitrianti & Putri, 2018). Sedangkan pada sistem endokrin, semakin bertambahnya usia maka fungsi fisiologi tubuh akan semakin menurun dan dapat menyebabkan terjadinya resistensi insulin, hal ini dapat mengakibatkan lansia mengalami diabetes mellitus (Istianah et al., 2020, dalam Silvia, et al., 2014).

9. Status Fisiologis

Tn. S mengalami perubahan status fisiologis antara lain pasien merasa pusing, pegal di belakang kepala dan mendapatkan masalah tidur. Durasi tidur Tn. S pada malam hari pukul 01.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB. Sedangkan durasi tidur siang Tn. S pukul 10.00 WIB sampai pukul 11.30 WIB, setelah itu tidur kembali pukul 13.00 WIB dan bangun pukul 15.00 WIB. Klien dengan masalah hipertensi menunjukkan tanda dan gejala seperti pusing, pegal dibelakang kepala, dan sakit kepala. Nahak (2019) menjelaskan bahwa gejala-gejala yang mudah diamati pada penderita hipertensi antara lain, yaitu gejala ringan seperti pusing atau sakit kepala, sering gelisah, wajah merah, tengkuk teras pegal, mudah marah, telinga berdeging, sukar tidur, sesak napas, tengkuk rasa berat, mudah lelah, mata berkunang-kunang dan mimisan (darah keluar dari hidung). Masalah tidur pada klien dapat timbul karena kondisi sakit maupun tanda dan gejala dari penyakit klien. Madeira et al. (2019) menjelaskan gangguan pola tidur merupakan keadaan ketika seseorang mengalami suatu perubahan dalam kuantitas atau kualitas tidur yang menyebabkan rasa tidak nyaman dan mengganggu aktivitas hidupnya, gangguan tidur pada lansia dapat berupa kesulitan memulai tidur kesulitan untuk mempertahankan tidur nyenyak dan bangun terlalu pagi.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang dapat dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Tn. S. Adapun

pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan pemeriksaan *Head to Toe* yaitu sebagai berikut:

1. Integumen

Pada Tn. S ditemukan bekas lesi/luka pada pergelangan kaki kanan tektur bekas luka kasar dan kering. Terdapat bekas garukan berwarna merah pada lengan kiri dan punggung, dan kulit Tn. S tampak kering. Pada lansia terjadi perubahan sistem tubuh, salah satunya sistem integumen karena akibat dari proses menua. Rosdahl dan Caroline (2014) dalam Yuniar (2021) menjelaskan bahwa kulit manusia membentuk sistem integumen tubuh yang berfungsi sebagai perlindungan/proteksi (perlindungan terhadap gangguan fisik, zat kimia, radiasi, dan infeksi bakteri atau jamur, perlindungan terhadap kehilangan atau penambahan air, melindungi struktur yang ada dibawahnya), termorregulasi (pengaturan suhu), metabolisme (membantu tubuh mengeluarkan zat-zat tertentu yang tidak berguna, membantu menghasilkan dan menggunakan vitamin D), sensasi (menerjemahkan stimulus panas, dingin, nyeri, sentuhan, tekanan dan cedera), dan penyimpanan (menyimpan air, lemak dan vitamin D). Dewi (2014) dalam bukunya menjelaskan perubahan pada sistem integumen akibat dari proses penuaan, meliputi: elastisitas kulit menurun sehingga menyebabkan kerutan dan kering, kulit menipis sehingga fungsi proteksi bagi pembuluh darah dibawah kulit berkurang, lemak subkutan menipis, penumpukan melonsit yang menyebabkan *aged sport*. Selain itu penurunan elastisitas kulit dan kekeringan kulit dapat meningkatkan resiko gangguan integritas kulit serta beresiko mengakibatkan cedera dan infeksi. Proses penuaan pada lansia mengakibatkan perubahan sistem integumen yang mempengaruhi mekanisme pertahanan tubuh (karena kulit

merupakan pertahanan pertama terhadap gangguan fisik, kimia, radiasi maupun bakteri/jamur), juga mempengaruhi regulasi suhu tubuh dan persepsi individu mengenai proses menua.

2. Mata

Tn. S mengalami perubahan penglihatan yaitu kabur dan terlihat selaput putih pada lensa mata sebelah kanan. Dampak pada ADL Tn. S masih mampu melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan. Dengan bertambahnya usia akan mempengaruhi organ mata seseorang, fungsi kerja pupil akan mengalami penurunan $\frac{2}{3}$ dari pupil normal perubahan tersebut meliputi perubahan ukuran pupil dan kemampuan untuk melihat jarak jauh, penurunan kemampuan penglihatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti progresifitas dan pupil kekuningan/kekeruhan pada lensa mata, menurunnya vitous humor perubahan-perubahan tersebut dapat menimbulkan berbagai masalah antara lain mata kabur, hubungan aktivitas sosial, dan penampilan (Padila, 2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 67 (2015) mendeskripsikan gangguan fungsi indera sebagai salah satu masalah yang sering ditemui pada lansia dan hal ini dapat menyebabkan timbulnya gangguan fungsional (seperti: gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, gangguan penciuman gangguan pengecap dan gangguan perabaan). Lansia yang mempunyai masalah pada mata dapat mengalami penurunan dalam perawatan diri dan isolasi sosial (Padila, 2013). Sistem sensori pada lansia juga mengalami penurunan akibat dari proses penuaan, perubahan yang terjadi pada mata lansia dapat mengakibatkan penurunan kemampuan penglihatan (mata kabur) dan terkadang dapat menurunkan kemampuan lansia dalam beraktivitas dan bersosialisasi.

4.1.4 Pemeriksaan penunjang

Tn. S mempunyai keharusan menjalani terapi minum obat, yaitu: obat Metformin 3x500mg, Amlodipine 1x5mg, dan B Complex 1x1. Hasil pemeriksaan gula darah sewaktu Tn. S pada tanggal 13 Januari 2022 98g/dL.

Tn. S mendapatkan terapi obat Amlodipine, yang merupakan obat golongan *calcium-channel blockers* (CCBs) bekerja dengan cara membantu melemaskan otot pembuluh darah dengan begitu pembuluh darah akan melebar sehingga darah dapat mengalir dengan lebih lancar dan tekan darah dapat menurun. Obat ini dapat digunakan sebagai terapi tunggal atau dikombinasikan dengan obat antihipertensi lainnya. Semua kalsium antagonis/ *calcium-channel blockers* (CCBs) efektif dan ditolerin dengan baik dalam menurunkan tekanan darah, obat ini direkomendasikan untuk pasien usia lanjut dengan hipertensi sistolik, sedangkan efek samping dari obat ini takikardi, *flushing* (kemerahan pada kulit, disertai dengan rasa panas dan gatal), edema pergelangan kaki dan sembelit (Budi S., 2015).

Tn. S mendapatkan terapi obat Metformin, yang merupakan obat golongan *biguanid* mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati (*gluconeogenesis*), serta memperbaiki ambilan glukosa di jaringan perifer. Metformin didefinisikan sebagai obat antidiabetik yang berfungsi untuk menurunkan resistensi insulin dan mengurangi produksi glukosa hati, efek samping yang mungkin berupa gangguan saluran pencernaan seperti halnya gejala dispepsia (Istianah et al., 2020). Metformin merupakan pilihan utama pada sebagian besar kasus DM tipe 2. Tn. S mendapatkan terapi obat B Complex,

merupakan vitamin tablet yang digunakan untuk membantu memenuhi kebutuhan vitamin B kompleks dalam tubuh.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. S, didapatkan data subjektif dan objektif yang sesuai dengan 4 diagnosa berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), sebagai berikut:

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

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah Tn. S mengeluh sulit tidur saat malam hari karena merasa pusing dan pegal pada belakang kepala. didapatkan hasil observasi mata sayup, lingkaran dibawah mata terlihat samar, tampak lelah dan lesu, TD: 170/90 mmHg, Nadi: 94 ×/menit, Repirasi: 20 ×/menit. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Ditandai dengan adanya tanda dan gejala mayor, meliputi gejala dan tanda mayor: mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup. Sedangkan gejala dan tanda minor: mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Gangguan pola tidur menurut Herdman & Kamitsuru (2018) merupakan interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor internal maupun eksternal, pada masalah gangguan pola tidur antara lain kesulitan saat memulai tidur, ketidakpuasan tidur, menyatakan tidak merasa cukup istirahat, penurunan kemampuan berfungsi, perubahan pola tidur normal, sering terjaga tanpa sebab yang jelas. Kualitas dan

kuantitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya: penyakit, umur, kelelahan, stres psikologis, obat-obatan, lingkungan (Pinem, 2021).

Sejalan dengan pendapat Fajarnia (2021) yang menyatakan seseorang yang mengalami sakit memerlukan waktu tidur lebih banyak dari normal, namun keadaan sakit juga dapat menjadikan klien kurang tidur bahkan tidak dapat tidur misalnya pada pasien dengan hipertensi, gangguan pernapasan seperti asma, bronchitis, dan penyakit persyarafan. Pada Tn. S terdapat keluhan sulit tidur saat malam hari karena merasa pusing dan pegal pada belakang kepala, sehingga ditegaskan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Kurangnya kontrol tidur karena adanya pusing dan pegal pada belakang kepala.

2. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif b.d Konflik Pengambilan Keputusan (SDKI, D.0116, Hal: 256)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah Tn. S mengatakan tidak mengikuti senam pagi bersama, lebih suka berada didalam kamar. Data observasi didapatkan Tn. S sering berada di dalam kamar dan jarang melakukan aktivitas, TD: 170/90 mmHg, Nadi: 94 x/menit, Repirasi: 20 x/menit. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) manajemen kesehatan tidak efektif merupakan pola pengaturan dan pengintegrasian penanganan masalah kesehatan ke dalam kebiasaan hidup sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan. Ditandai dengan adanya tanda dan gejala mayor subjektif: mengungkapkan kesulitan dalam menjalani program perawatan atau pengobatan. Gejala dan tanda mayor objektif: gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko, gagal menerapkan program perawatan atau pengobatan

dalam kehidupan sehari-hari, aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan. Menurut hasil analisis yang dilakukan Ekowati Rahajeng dan Sulisty Tuminah terhadap hasil Riskesdas 2007, menunjukkan bahwa hipertensi berhubungan dengan faktor-faktor risiko seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, perilaku merokok, konsumsi alkohol, konsumsi sayur dan buah, konsumsi makanan berkafein, dan aktivitas (Kemenkes RI, 2019). Upaya pengendalian hipertensi dapat dilakukan dengan pendekatan farmakologi dan nonfarmakologi yang bertujuan untuk mencegah dan menurunkan kesakitan, komplikasi dan kematian (Kemenkes RI, 2019). Menurut Sya'diyah (2018) penatalaksanaan nonfarmakologi dapat dilakukan dengan cara memodifikasi gaya hidup yang dapat meningkatkan faktor resiko yaitu dengan: mengkonsumsi gizi seimbang dan pembatasan gula, garam dan lemak, mempertahankan berat badan ideal, melakukan gaya hidup aktif/olahraga teratur, stop merokok, membatasi konsumsi alkohol (bagi yang minum), istirahat yang cukup dan kelola stres. Pada Tn. S mengatakan tidak mengikuti senam pagi bersama, lebih suka berada didalam kamar, data observasi Tn. S sering berada di dalam kamar dan jarang melakukan aktivitas, sehingga ditegakkan diagnosa keperawatan manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program perawatan/pengobatan.

3. Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d Faktor Mekanis (garukkan) (SDKI, D.0139, Hal: 300)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah keluhan yang dirasakan Tn. S dalam 3 bulan terakhir adalah merasa gatal pada area punggung dan lengan, serta pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru

sembuh. Data observasi didapatkan Tn. S Pada Tn. S ditemukan bekas lesi/luka pada pergelangan kaki kanan tekstur bekas luka kasar dan kering. Terdapat bekas garukan berwarna merah pada lengan kiri dan punggung, kulit Tn. S tampak kering.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) risiko gangguan integritas kulit adalah berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis). Faktor risiko gangguan integritas kulit, yaitu: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (mis. penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatormi, energi listrik bertegangan tinggi), terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, penekanan pada tonjolan tulang, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan. Sehingga ditegakkan diagnosa keperawatan risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan faktor mekanis (garukkan).

4. Risiko Jatuh d.d Gangguan Penglihatan (SDKI, D.0143, Hal:306)

Tn. S mengalami perubahan penglihatan yaitu kabur dan terlihat selaput putih pada lensa mata sebelah kanan. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) risiko jatuh adalah berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat jatuh. Sedangkan faktor risiko yang dapat mengakibatkan jatuh, antara lain: usia ≥ 65 tahun atau ≤ 2 tahun, riwayat jatuh, penggunaan alat bantu jalan, penurunan tingkat kesadaran, lingkungan tidak aman, kekuatan otot menurun, anemia, gangguan pendengaran/keseimbangan/penglihatan, kondisi pasca operasi dan atau neuropati. Perubahan yang terjadi pada mata lansia dapat

mengakibatkan penurunan kemampuan penglihatan (mata kabur) dan terkadang dapat menurunkan kemampuan lansia dalam beraktivitas dan bersosialisasi. Sehingga ditegakkan diagnosa keperawatan risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan.

4.3 Perbedaan Diagnosis Tinjauan Pustakaan dan Diagnosis Tinjauan Kasus

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien Hipertensi pada tinjauan kasus tidak semua muncul pada kasus Tn. S, dikarenakan tidak menunjukkan maupun mengeluhkan tanda dan gejala yang terkait dengan diagnosis pada tinjauan pustakaan. Pada tinjauan kasus Tn. S tidak didapatkan keluhan terkait dengan kelebihan cairan tubuh maupun tanda dan gejala hipervolemia seperti edema, dispnea, dan lainnya. Tn. S tidak menunjukkan risiko mengalami pemompaan jantung tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh oleh karena itu diagnosis risiko penurunan curah jantung juga tidak dapat diangkat pada kasus Tn. S. Perfusi perifer Tn. S masih baik dan suplai oksigen adekuat, hal ini terlihat pada hasil pengkajian yang telah dilakukan yang mendapatkan hasil CRT <2detik, akral hangat kering merah, nadi 94×/mnt, arna kulit sawo matang, tugot kulit elastis sehingga diagnosis perfusi perifer tidak efektif tidak dapat diangkat. Tn. S tidak mengeluh rasa nyeri pada bagian kepala maupun bagian tubuh lainnya maka dari itu diagnosis nyeri akut juga tidak dapat diangkat. Sedangkan diagnosis intoleransi aktivitas tidak diangkat pada kasus Tn. S dikarenakan walaupun Tn. S menderita hipertensi namun kebutuhan oksigen dan energinya masih dapat terpenuhi untuk menjalankan aktivitas hariannya secara mandiri dengan baik dan tanpa mengalami keluhan.

4.4 Tujuan Dan Intervensi Keperawatan

Tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dituliskan berdasarkan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan analisa data sehingga muncul diagnosa keperawatan yang dapat dilakukan perencanaan dan tindakan komprehensif.. Dalam tahap ini penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatasn berdasarkan kebutuhan pasien.

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

Perumusan intervensi pada Tn. S bertujuan seagai berikut: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan, dengan kriteria hasil: keluhan, sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, pola istirahat membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. S diantaranya adalah kaji pola aktivitas dan tidur, kaji faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis), batasi waktu tidur siang, tetapkan jadwal tidur rutin, jekaskan pentingnya tidur yang cukup, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, ajarkan relaksasi otot progresif (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Salah satu teknik non-farmakologi yang dapat diterapkan pada lansia hipertensi dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur adalah teknik relaksasi otot progresif. teknik ini bermanfaat untuk menghadirkan rasa tenang, nyaman dan rileks yang dibutuhkan untuk mengurangi penyebab gangguan tidur pada lansia dengan hipertensi (Sulidah et al., 2016). Menurut Tim Pokja

Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) terapi relaksasi otot progresif adalah menggunakan teknik penenangandan peregangan otot untuk meredakan ketegangan otot, ansietas, nyeri serta meningkatkan kenyamanan, konsentrasi dan kebugaran. Pada penelitian yang dilakukan oleh Sulidah et al. (2016) disimpulkan hasil latihan relaksasi otot progresif bermanfaat menimbulkan respon tenang, nyaman, dan rileks serta latihan relaksasi otot progresif secara bermakna meningkatkan kualitas tidur lansia. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh menunjukan hasil (Ariana et al., 2020) bahwa relaksasi otot progresif efektif untuk meningkatkan kualitas tidur pada lansia, sehingga relaksasi otot progresif sangat potensial diterapkan untuk meningkatkan kualitas perawatan pada lansia.

2. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif b.d Konlik Pengambilan Keputusan (SDKI, D.0116, Hal: 256)

Perumusan intervensi pada Tn. S bertujuan seagai berikut: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan manajemen kesehatan meningkat, dengan kriteria hasil: melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat, menerapkan program perawatan meningkat, aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan meningkat, verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. S diantaranya adalah kaji persepsi klien tentang masalah kesehatan (tekanan darah tinggi), monitor pelaksanaan tanggung jawab, berikan penguatan dan umpan balik positif, diskusikan dengan klien konsekuensi jika tidak melaksanakan tanggung jawab untuk mengontrol tekanan darahnya, kaji kesiapan dan kemampuan klien

menerima informasi (edukasi mengenai hipertensi), sediakan materi dan media pendidikan kesehatan hipertensi, berikan kesempatan untuk klien bertanya, jelaskan faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah tinggi, ajarkan strategi untuk mengontrol tekanan darah tinggi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk manajemen kesehatan meningkat pada Tn. S adalah edukasi kesehatan. Edukasi kesehatan sendiri adalah mengajarkan kepada klien mengenai pengelolaan faktor resiko masalah kesehatan serta perilaku hidup bersih dan sehat (Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI, 2021). Hipertensi dapat dikendalikan dengan Pemeriksaan kesehatan secara rutin, Atasi penyakit dengan PATUH yang merupakan singkatan dari Pengobatan yang tepat dan teratur, Tetapkan diet dengan gizi seimbang, Upayakan aktivitas fisik dengan aman, serta Hindari merokok, minum alkohol, dan zat karsinogenik lainnya (P2PTM, 2019).

3. Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d Faktor Mekanis (garukkan) (SDKI, D.0139, Hal: 300)

Perumusan intervensi pada Tn. S bertujuan seagai berikut: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik, dengan kriteria hasil: elastisitas meningkat, perfusi jaringan meningkat, tekstur membaik, kemerahan menurun, jaringan parut menurun, kerusakan lapisan kulit menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. S diantaranya adalah kaji penyebab gangguan integritas kulit, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, anjurkan menggunakan pelembab, anjurkan minum air yang cukup,

anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Perawatan integritas kulit adalah tindakan mengidentifikasi dan merawat kulit demi menjaga keutuhann dan kelembaban kulit serta mencegah berkembangnya mikroorganisme (Tim Pokja Pedoman SPO Keperawan DPP PPNI, 2021). Salah satu cara menjaga dan mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit adalah dengan minyak zaitun, minyak zaitun dipercaya dapat membantu mempertahankan kelembapan serta elastisitas kulit sekaligus memperlancar proses regenerasi kulit, sehingga kulit tidak mudah kering dan berkerut (Fajriyah et al., 2015). Selain itu antioksidan yang ada dalam minyak zaitun dapat menangkal radikal bebas dan memberikan perlindungan dari peroksidasi (Tan et al., 2020).

4. Risiko Jatuh d.d Gangguan Penglihatan (SDKI, D.0143, Hal:306)

Perumusan intervensi pada Tn. S bertujuan seagai berikut: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan risiko jatuh menurun, dengan kriteria hasil: Jatuh dari tempat tidur menurun, Jatuh saat berdiri menurun, Jatuh saat duduk menurun, Jatuh saat berjalan menurun, Jatuh saat dikamar mandi menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. S diantaranya adalah kaji faktor resiko jatuh, kaji faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko, Monitor kemampuan berpindah, Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Anjurkan berknsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Pencegahan jatuh merupakan mengidentifikasi serta

menurunkan risiko jatuh yang disebabkan perubahan fisik ataupun fisiologis (Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI, 2021)

4.5 Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi. Hal ini disesuaikan dengan keadaan Tn. S.

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

Implementasi yang diberikan kepada Tn. S yaitu mengkaji pola aktivitas dan tidur, mengkaji faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis), membatasi waktu tidur siang, menetapkan jadwal tidur rutin, jekaskan pentingnya tidur yang cukup, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, mengajarkan relaksasi otot progresif. Implementasi menggunakan teknik penenangandan peregangan otot untuk meredakan ketegangan otot, ansietas, nyeri serta meningkatkan kenyamanan, konsentrasi dan kebugaran, serta latihan relaksasi otot progresif bermanfaat menimbulkan respon tenang, nyaman, dan rileks sehingga dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas tidur.

2. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif b.d Konflik Pengambilan Keputusan (SDKI, D.0116, Hal: 256)

Implementasi yang diberikan kepada Tn. S yaitu mengkaji persepsi klien tentang masalah kesehatan (tekanan darah tinggi), memonitor pelaksanaan tanggung jawab, berikan penguatan dan umpan balik positif, mendiskusikan

dengan klien konsekuensi jika tidak melaksanakan tanggung jawab untuk mengontrol tekanan darahnya, mengkaji kesiapan dan kemampuan klien menerima informasi (edukasi mengenai hipertensi), menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan hipertensi, memberikan kesempatan untuk klien bertanya, menjelaskan faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah tinggi, mengajarkan strategi untuk mengontrol tekanan darah tinggi. Implementasi memberikan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi dan cara mengontrol hipertensi dengan PATUH (Pengobatan yang tepat dan teratur, Tetapkan diet dengan gizi seimbang, Upayakan aktivitas fisik dengan aman, serta Hindari merokok, minum alkohol, dan zat karsinogenik lainnya). Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital.

3. Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d Faktor Mekanis (garukkan) (SDKI, D.0139, Hal: 300)

Implementasi yang diberikan kepada Tn. S yaitu mengkaji penyebab gangguan integritas kulit, menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, menganjurkan menggunakan pelembab, menganjurkan minum air yang cukup, menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. Implementasi yang dilakukan adalah salah satu cara menjaga dan mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit adalah dengan minyak zaitun, minyak zaitun dipercaya dapat membantu mempertahankan kelembapan serta elastisitas kulit sekaligus memperlancar proses regenerasi kulit, sehingga kulit tidak mudah kering dan berkerut.

4. Risiko Jatuh d.d Gangguan Penglihatan (SDKI, D.0143, Hal:306)

Implementasi yang diberikan kepada Tn. S yaitu mengkaji faktor risiko jatuh, serta faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko, Memonitor kemampuan berpindah, Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh serta tetap berhati – hati dalam melakukan aktivitas. Tindakan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi dan menurunkan resiko mengalami bahaya ataupun jatuh dengan memodifikasi lingkungan.

4.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan ialah sebagai berikut:

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

Evaluasi hari ketiga ditemukan masalah teratasi sebagian dengan hasil subjektif mengatakan sudah mulai dapat tidur malam karena pusing dan pegal dibelakang kepala berkurang, Tn. S juga mengatakan melakukan relaksasi otot progresif membantunya tertidur. Tn. S juga mengatakan tidur kemarin malam tidur pukul 21.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB dan tadi siang tidur pukul 13.00-14.00 WIB. Tn. S sudah menetapkan jadwal tidur yaitu tidur malam pukul 21.00-04.00 WIB, dan tidur siang pukul 13.00-14.00WIB serta mau menepati jadwal

yang telah dibuat. Tn. S mampu dan mau melakukan relaksasi otot progresif sebelum tidur. Hasil observasi Tn. S Tidur siang pukul 12.00-14.00 WIB, tampak segar, lingkaran hitam dibawah berkurang.

2. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif b.d Konflik Pengambilan Keputusan (SDKI, D.0116, Hal: 256)

Evaluasi hari ketiga ditemukan masalah teratasi sebagian dengan hasil subjektif Tn. S mengatakan tadi ikut senam, makan pagi dan siang dihabiskan, juga meminum obat yang diberikan. Hasil observasi Tn. S merasa nyaman dan senang dengan kehadiran mahasiswa perawat, Tn. S mau menerima pendidikan mengenai hipertensi, Tn. S sudah mau beraktivitas diluar kamar, TD: 152/90 mmHg, Nadi: 94 x/menit, Repirasi: 20 x/menit, Suhu: 36,6°C, makan satu porsi habis.

3. Risiko Gangguan Integritas Kulit d.d Faktor Mekanis (garukkan) (SDKI, D.0139, Hal: 300)

Evaluasi hari ketiga ditemukan masalah teratasi dengan hasil subjektif Tn. S mengatakan akan mengoleskan minyak zaitun secara teratur 2x sehari pada area yang gatal, merah dan kering serta pada bekas luka dipergelangan kaki kanan atau saat merasa gatal maupun saat kulit terasa kering. Tn. S mengatakan sudah tidak gatal-gatal pada area punggung dan lengan. Hasil observasi bekas garukan berwarna merah pada lengan kiri dan punggung berkurang, bekas lesi/luka pada pergelangan kanan taktur bekas luka berkurang, kulit mulai lembab, Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk mengoleskan minyak zaitun..

4. Risiko Jatuh d.d Gangguan Penglihatan (SDKI, D.0143, Hal:306)

Evaluasi hari ketiga ditemukan masalah teratasi dengan hasil subjektif Tn. S mengatakan bahwa pandangannya kabur dan juga terdapat bercak-bercak saat melihat. Tn. S mengatakan aktivitas hariannya dilakukan secara mandiri. Hasil observasi pandangan Tn. S sedikit kabur, hasil TUG 11 detik, yang artinya TN. S memiliki keseimbangan yang masih baik, Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin, Tn. S menerima anjuran mahasiswa perawat untuk berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh dan tetap berhati – hati dalam melakukan aktivitas, posisi tempat tidur di kamar sudah rendah saat digunakan, pencahayaan cukup, terdapat pegangan pada kamar mandi dan disetiap lorong, serta terdapat keset di depan kamar mandi, TD: 152/90 mmHg, Nadi: 94 ×/menit, Repirasi: 20 ×/menit.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada Tn. S dengan masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, sehingga penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosa medis diabetes melitus.

5.1 Kesimpulan

Mengacu pada hasil uraian tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan keluarga pada pasien dengan diagnosis medis diabetes mellitus maka penulis dapat menarik simpulan sebagai berikut: Pengkajian pada Tn. S antara lain sulit tidur saat malam hari karena merasa pusing dan pegal pada belakang kepala. Durasi tidur Tn. S pada malam hari pukul 01.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB. Sedangkan durasi tidur siang Tn. S pukul 10.00 WIB sampai pukul 11.30 WIB, seteah itu tidur kembali pukul 13.00 WIB dan bangun pukul 15.00 WIB. Keluhan yang dirasakan Tn. S dalam 3 bulan terakhir adalah merasa gatal pada area punggung dan lengan, serta pergelangan kaki kanan terdapat luka yang baru sembuh. Tn. S mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Pada Tn. S ditemukan bekas lesi/luka pada pergelangan kaki kanan tektur bekas luka kasar dan kering. Terdapat bekas garukan berwarna merah pada lengan kiri dan punggung, dan kulit Tn. S tampak kering. Tn. S mengalami perubahan penglihatan yaitu kabur dan terlihat selaput putih pada lensa mata sebelah kanan. Dampak pada ADL Tn. S masih mampu melakukan aktivitas.

secara mandiri tanpa bantuan. Tn. S lebih suka berada didalam kamar, jika bosan dikamar Tn. S akan berjalan-jalan diteras, duduk-duduk di teras dan menonton TV. Tn. S Tidak mengikuti kegiatan senam pagi bersama. Keadaan umum baik, Tekanan Darah 170/90 mmHg, Nadi 94 x/menit, Respirasi 20 x/menit, Suhu 36,4°C, CRT < 2 detik.

Masalah keperawatan pada Tn. S yang didapatkan berdasarkan hasil pengkajian adalah gangguan pola tidur, manajemen kesehatan tidak efektif, risiko gangguan integritas kulit, dan risiko jatuh.

Rencana tindakan keperawatan pada Tn. S disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan untuk mengatasi gangguan pola tidur, dukungan tanggung jawab pada diri sendiri dan edukasi kesehatan, perawatan integritas kulit, dan pencegahan cedera. Tindakan mandiri yang dilakukan adalah relaksasi otot progresif, pemberian peembab pada kulit (minyak zaitun), dan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi.

Pada akhir evaluasi hari ketiga, masalah keperawatan gangguan pola tidur dan manajemen kesehatan tidak efektif teratasi sebagian dengan memberikan relaksasi otot progresif dan tetap memantau kepatuhan menepati jadwal tidur rutin yang telah dibuat, pemberian pendidikan kesehatan mengenai hipertensi, cara mengontrol hipertensi dan tetap monitor pelaksanaan tanggung jawab. Sementara masalah risiko gangguan integritas kulit, dan risiko jatuh teratasi namun tetap pantau kondisi klien.

5.2 Saran

Berdasarkan dari simpulan diatas, maka penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Lansia

Diharapkan lansia dapat menjaga atau mengontrol kesehatan agar terhindar dari berbagai komplikasi penyakit dan masalah kesehatan serta selalu beraktivitas untuk membantu menjaga keseimbangan tubuh. Selain itu, dapat memanfaatkan terapi relaksasi yang telah diajarkan untuk membantu mengurangi masalah kesehatan.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat sebagai tenaga kesehatan mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk memenuhi kebutuhan klien yang membutuhkan bantuan dalam mengatasi masalah kesehatan. Selain itu, perawat diharapkan selalu memberikan motivasi dan dukungan kepada klien sebagai bentuk upaya menjaga kualitas hidup pada lansia.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan Karya Ilmiah Akhir ini dapat dipergunakan sebagai salah satu sumber data dan informasi untuk penelitian selanjutnya serta dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada klien dengan hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, S., Sari, S. M., & Savta, R. (2014). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi Pada Lansia di Atas Umur 65 Tahun. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(4), 180–186. <https://doi.org/https://doi.org/10.25311/keskom/2014/2.4>
- Ariana, P. A., Putra, G. N. W., & Wiliantari, N. K. (2020). Relaksasi Otot Progresif Meningkatkan Kualitas Tidur pada Lansia Wanita. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 416–425. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1051>
- Badan Pusat Statistik. (2021). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2021*. <https://www.bps.go.id/publication/2021/12/21/c3fd9f27372f6ddcf7462006/statistik-penduduk-lanjut-usia-2021.html>
- Budi S., P. (2015). Hipertensi Manajemen Komprehensif - Google Books. In *Airlangga University Press*. Surabaya: Airlangga University Press (UAP). https://www.google.co.id/books/edition/Hipertensi_Manajemen_Komprehensif/bm_IDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Dewi, S. R. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik* (1st ed.). Yogyakarta: Deepublish.
- Fajarnia, P. A. H. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Gangguan Pola Tidur Pada Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa Gedangklutuk Beji*. POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA SIDOARJO.
- Fajriyah, N. N., Andriani, A., Keperawatan, P., & Zaitun, M. (2015). *Efektivitas Minyak Zaitun untuk Pencegahan Kerusakan Kulit pada Pasien The effectiveness of Olive Oil for Skin Damage Prevention in Patients with Leprosy*. VII(1).
- Fikriana, R. (2018). *Sistem Kardiovaskuler*. Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=Rm9nDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=anatomi+fisiologi+sistem+kardiovaskuler&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwio84aCscL4AhV5RmwGHUqODA4Q6AF6BAgLEAM#v=onepage&q=anatomi+fisiologi+sistem+kardiovaskuler&f=false>
- Fitrianti, S., & Putri, M. E. (2018). Pemberian Relaksasi Otot Progresif pada Lansia Dengan Hipertensi Essensial di Kota Jambi. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 18(2), 368. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v18i2.481>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020* (11th ed.). Jakarta: EGC.

- Istianah, I., Septiani, S., & Dewi, G. K. (2020). Mengidentifikasi Faktor Gizi pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Depok Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Indonesia (The Indonesian Journal of Health)*, 10(2), 72–78.
- Kemendes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendagri Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kemendes RI. (2019). Hipertensi Si Pembunuh Senyap. *Kemendagri Kesehatan RI*, 54(1), 1–5.
<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-hipertensi-si-pembunuh-senyap.pdf>
- Kemendagri Kesehatan RI. (2021). *KONTEN MEDIA HLUN 2021 “Bersama Lansia Keluarga Bahagia.”*
<https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/info-terkini/Konten-Media-HLUN-2021.pdf>
- Kholifah, S. N. (2016). *Modul Baham Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Gerontik*. Pusdik SDM KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA.
- Madeira, A., Wiyono, J., & Ariani, N. L. (2019). Hubungan Gangguan Pola Tidur Dengan Hipertensi Pada Lansia. *Nursing News*, 4(1), 29–39.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing For Wellnes In Older Adults* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nahak, G. R. (2019). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Tn.C.N dengan Hipertensi di Wisma Kenanga UPT Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang* [Politeknik Kesehatan Kemendes Kupang].
http://repository.poltekeskupang.ac.id/1541/1/KARYA_TULIS_ILMIAH.pdf
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2*. Yogyakarta: Media Hardy.
- P2PTM. (2019). *Cegah Hipertensi dengan CERDIK - Direktorat P2PTM*. Kemendagri Kesehatan RI. <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/kendalikan-hipertensi-dengan-patuh-apa-itu-patuh>
- Padila. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik: Dilengkapi aplikasi kasus asuhan Keperawatan gerontik terapi Modalitas, dan sesuai kompetensi standar*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 67. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Pusat Kesehatan Masyarakat*.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjvTEq8v4AhWD7HMBHR1uDQU4ChAWegQIBBAB&url=https://www.regulasip.id/electronic-book/5008&usg=AOvVaw2gt1VCRVv5Rtt7eHVfJtIx>

- Pinem, C. P. (2021). *Literatur Rivew: Hubungan Ganggguan Pola Tidur Terhadap Kejadian Hipertensi Pada Lansia*.
- Pradana, A. A., Casman, & Nur'aini. (2020). Pengaruh Kebijakan Social Distancing pada Wabah COVID-19 terhadap Kelompok Rentan di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 9(2), 61–67. <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/55575>
- Pratiwi, E., & Mumpuni, dr. Y. (2017). *Tetap Sehat Saat Lansia-Pencegahan dan Penanganan 45 Penyakit yang Sering Hinggap di Usia Lanjut* (F. S. Suyantoro, Ed.; 1st ed.). Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Sarpini, dr. R. (2013). *Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia Untuk Paramedis* (edisi revi). Penerbit IN MEDIA.
- Sulidah, Yamin, A., & Diah Susanti, R. (2016). Pengaruh Latihan Relaksasi Otot Progresif terhadap Kualitas Tidur Lansia. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 4(1), 11–20. <https://doi.org/10.24198/jkp.v4n1.2>
- Sumaryati, M. (2018). Studi Kasus Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Keluarga Ny'M' Dengan Hipertensi Dikelurahan Barombong Kecamatan Tamalate Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 6(2), 1379–1383. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v6i2.54>
- Sya'diyah, H. (2018). *Keperawatan Lanjut Usia Teori dan Aplikasi* (1st ed.). Sidoarjo: Indomedia Pustaka.
- Tan, S. T., Firmansyah, Y., Sylvana, Y., & Tadjudin, N. S. (2020). Perbaikan Kadar Hidrasi Kulit Dengan Intervensi Minyak Klentiq Pada Lansia Stw Cibubur Periode September 2019. *Jurnal Muara Sains, Teknologi, Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan*, 4(1), 155. <https://doi.org/10.24912/jmstkik.v4i1.6042>
- Tim Pokja Pedoman SPO Keperawan DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia - Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia - Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia - Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Trijayanti, T. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Lansia Penderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur Di Pelayanan Sosial Tresna Werdha (Pstw) Magetan*. <http://eprints.umpo.ac.id/5387/>
- Widiana, I. M. R., & Ani, L. S. (2017). Prevalensi dan Karakteristik Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Dusun Tengah, Desa Ulakan, Kecamatan Manggis. *E-Jurnal Medika*, 6(8), 1–5. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/33478/20284>
- World Health Organization. (2021). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Yuniar, E. (2021). *Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Keamanan Dan Proteksi: Kerusakan Integritas Kulit Pada Lansia Keluarga Bapak M Dengan Dermatitis Atopik Di Desa Bandarejo Kecamatan Palas Lampung Selatan Tahun 2021*.

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

Nama : Mareta Dwi Aliana

Tempat,Tanggal Lahir : Surabaya, 31 Maret 1998

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Gading Karya 4/17 Kelurahan Gading Kecamatan
Tambaksari Surabaya, Jawa Timur

No Hp : 085230307273

Email : maretaaliana@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Rina Ria Surabaya Lulus Tahun 2004
2. SD Wali Idris Surabaya Lulus Tahun 2010
3. SMP PGRI 1 Surabaya Lulus Tahun 2013
4. SMA IPIEMS Surabaya Lulus Tahun 2016
5. S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya Lulus Tahun 2021

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Dalam setiap kesulitan pasti ada kemudahan, jadi jalanilah dan syukuri segala hal yang terjadi”









Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan nikmat kepada saya dalam bentuk kesehatan, kekuatan, serta kesabaran untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini guna meraih gelar Ners (Ns) dengan tepat waktu.
2. Terima kasih untuk Ayah, Ibu, dan kakak yang telah memberikan banyak dukungan, semangat, dan doa-doa terbaik yang tidak pernah ada hentinya.
3. Terima kasih yang sebesar-besarnya untuk seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya, terutama untuk pembimbing saya Bapak Yoga Kertapati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kom dan Ibu Desy Dwi Arvanita, S.Kep.,Ns yang selalu sabar dan selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan kepada saya.
4. Terima kasih untuk anggota kelompok sesama bimbingan “Aida, Lakato, dan Indah” yang sudah mau berjuang bersama-sama dan memberi semangat satu sama lain.
5. Terima kasih untuk sahabat-sahabatku tercinta “Arum, Uci, Neni, Mellysa, dan Adinda” yang saling memberikan dukungan satu sama lain.
6. Teman-teman seperjuangan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang sudah mampu bekerja sama dengan baik dan memberikan kesan yang bermakna.

Lampiran 3




**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI NERS STIKES HANG TUAH SURABAYA
TAHUN 2021/2022**

Nama/NIM : Mareta Dwi Aliana /2180044
 Nama Pembimbing : Yana Kertapati, s. kep., Ns., M. kep., Sp. kep., kom

No	HARI/ TANGGAL	KONSUL/BIMBINGAN	NAMA PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	Senin 20 Juni 2022	Judul dan Bab 1		
2.	Rabu 22 Juni 2022	Bab 1 dan Bab 2		
3.	Jumat 24 Juni 2022	Bab 1, 2 dan Bab 3		
4.	Sabtu 25 Juni 2022	Bab 3		
5.	Senasa 28 Juni 2022	Bab 1-4		
6.	Rabu 29 Juni 2022	Bab 5		
7.	Sabtu 2 Juli 2022	Bab 1-5		
8.	Senin 4 Juli 2022	Bab 1-5		

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR
MAHASISWA PRODI NERS STIKES HANG TUAH SURABAYA
TAHUN 2021/2022**

Nama/NIM : Mareta Dwi Aliana/2130044
Nama Pembimbing : Desy Dwi Arvanita, S.kep, Ns

No	HARI/ TANGGAL	KONSUL/BIMBINGAN	NAMA PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	Kamis 23 Juni 2022	Judul dan Bab 1		
2.	Rabu 29 Juni 2022	Bab 2 dan Bab 3		
3.	Senin 4 Juli 2022	Bab 4 dan Bab 5		


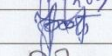
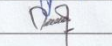
Lampiran 4

**FORMULIR
PENGAJUAN UJIAN KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)**

Dalam rangka pelaksanaan Ujian Karya Ilmiah Akhir (KIA) Mahasiswa Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2021 / 2022, saya mengajukan siding KIA

Nama : Mareta Dwi Alana
 Nim : 2130094
 Judul KIA : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn 5 dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Gangguan Pola Tidur di UPTD Arga Werdha Jambangan Surabaya.

Daftar Penguji

NO	NAMA	PENGUJI	TANDA TANGAN
1	Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.	Penguji I	
2	Toga Kartapah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom.	Penguji II	
3	Desy Dwi Arvanita, S.Kep.,Ns.	Penguji III	

Untuk keperluan sidang KIA, saya lampirkan :

- Fotocopy lembar konsul
- Menunjukkan bukti lunas pembayaran KIA
- Menunjukkan lembar persetujuan
- Menunjukkan sertifikat UKOMNAS dan Matra
- 1 bendel KIA




Kaprodi Pendidikan Profesi Ners
 Surabaya,
 Admin Prodi Pendidikan Profesi Ners






Dr. Hidayatus S, S.Kep., Ns., M.Kep.
 NIP. 03007





I Wayan Kama Utama
 Nip. 03040


Lampiran 5

**Form Lembar Evaluasi Observasi
Pendidikan Kesehatan dan Demonstrasi Relaksasi Otot Progresif**

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Relaksasi otot progresif adalah suatu metode untuk membantu menurunkan ketegangan sehingga otot menjadi rileks		
2	Relaksasi otot progresif dapat menurunkan tekanan darah dan meningkatkan kualitas tidur		
3	Relaksasi otot progresif dapat menurunkan gula darah		
5	 <p>Gerakan 1. Relaksasi otot progresif yaitu Meluruskan kedua belah telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang. Setelah itu dilanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian sehingga ketegangan pindah ke otot-otot betis</p>		
6	 <p>Gerakan 2 untuk tangan Gerakan 2. Relaksasi otot progresif yaitu Menekuk kedua lengan kebelakang pada pergelangan tangan hingga otot-otot tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap kelangit-langit.</p>		
7	<p>Gerakan 3. Relaksasi otot progresif yaitu Gerakan ini diawali dengan menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot-otot biceps akan menjadi tegang.</p> 		
8	Gerakan 4. Relaksasi otot progresif yaitu Mengerutkan dahi dan alis sampai otot-ototnya terasa		

		dan kulitnya keriput.		
9		Gerakan 5. Relaksasi otot progresif yaitu Mengangkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan bahu akan dibawa hingga menyentuh kedua telinga. Focus perhatian gerakan ini adalah kontras ketegangan yang terjadi dibahu punggung atas, dan leher		
10		Gerakan 6. Relaksasi otot progresif yaitu Menutup mata keras-keras sehingga dapat dirasakan ketegangan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata .		
11		Gerakan 7. Relaksasi otot progresif yaitu Mengatupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi-gigi sehingga ketegangan disekitar otot-otot rahang		
12		Gerakan 8. Relaksasi otot progresif yaitu Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan disekitar mulut		
13		Gerakan 9. Relaksasi otot progresif yaitu Meletakkan kepala sehingga dapat beristirahat, kemudian diminta untuk menekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga responden dapat merasakan		

	ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas			
14	Gerakan 10. Relaksasi otot progresif yaitu Membawa kepala kemuka, kemudian diminta untuk membenamkan dagu keadanya, sehingga dapat merasakan ketegangan didaerah leher bagian muka			
14	 Gerakan 11. Relaksasi otot progresif yaitu Mengangkat tubuh dari sandaran kursi, kemudian punggung dilengkungkan, lalu busungkan dada. Kondisi tegang, dipertahankan selama 10 detik, kemudian rileks. Pada saat rileks, letakan tubuh kembali ke kursi, sambil emmbiarkan otot-otot menjadi lemas			
15	 Gerakan 12. Relaksasi otot progresif yaitu Menarik nafas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya. Posisi ini ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan dibagian dada kemudian turun ke perut. Pada saat ketengan dilepas, responden dapat bernafas normal dengan lega			
16	Gerakan 13. Relaksasi otot progresif yaitu Menarik kuat-kuat perut kedalam, kemudian menahannya sampai perut menjadi kencang dank eras. Setelah 10			

		<p>detik dilepaskan bebas, kemudian diulang kembali seperti gerakan awal untuk perut ini</p>		
17		<p>Gerakan 14. Relaksasi otot progresif adalah Menggenggam tangan kanan sambil membuat suatu kepalan semakin kuat, sambil merasakan ketegangan, kemudian kepalan dilepaskan dan rasakan rileks selama 10 detik. Setelah selesai dilanjutkan tangan kiri</p>		

Lampiran 6

Poster Waspada Hipertensi

KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

WASPADAI HIPERTENSI KENDALIKAN TEKANAN DARAH




Mengendalikan Hipertensi:

Gaya hidup sehat dan minum obat secara teratur. Pengobatan secara teratur adalah:

- meminum obat secara teratur sesuai rekomendasi dokter
- melakukan kontrol teratur



Faktor Risiko Hipertensi:

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah, yaitu: umur, jenis kelamin dan riwayat keluarga

b. Faktor risiko yang dapat diubah, yaitu: merokok, kurang makan buah dan sayur, konsumsi garam berlebih, kurang aktivitas fisik, berat badan berlebih/kegemukan, dislipidemia dan stres.



Gejala:

Pada umumnya Hipertensi tidak disertai dengan gejala atau keluhan tertentu. Keluhan tidak spesifik pada penderita hipertensi adalah: sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, penglihatan kabur, rasa sakit di dada, mudah lelah, dll.



Komplikasi:

Gangguan jantung, gangguan saraf, gangguan serebral (otak), gangguan fungsi ginjal, gangguan penglihatan, dll.

Mencegah Hipertensi:

CERDIK

- Cek kesehatan secara berkala
- Enyahkan asap rokok
- Rajin aktivitas fisik
- Diet seimbang
- Istirahat cukup
- Kelola stres

Paket Informasi dan Edukasi Keluarga Sehat



Lampiran 7

Poster Kendalikan Hipertensi Dengan PATUH

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS

Kendalikan Hipertensi dengan PATUH

Waspada! Hipertensi Kendalikan Tekanan Darah

P Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter

A Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur

T Tetap diet dengan gizi seimbang

U Upayakan aktivitas fisik dengan aman

H Hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik lainnya

www.p2ptm.kemkes.go.id | @p2ptmkemenkesRI

Lampiran 8

SPO Perawatan Integritas Kulit
<p>Definisi: Mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan dan kelembaban kulit serta mencegah perkembangan mikroorganisme.</p>
<p>Tujuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh. 2. Membersihkan dan menghaluskan kulit. 3. Memberikan perasaan nyaman, segar dan kehangatan pada tubuh. 4. Menyembuhkan atau meringankan berbagai gangguan penyakit
<p>Persiapan alat dan bahan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 2. Handuk kecil 3. Minyak zaitun
<p>Prosedur kerja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, panggil nama klien dan periksa gelang identitas klien. 2. Jelaskan prosedur, tujuan dan lama tindakan pada klien. 3. Cuci tangan 6 langkah. 4. Menggunakan sarung tangan. 5. Memberikan posisi yang nyaman . 6. Menjaga privacy klien (buka area yang akan dioles minyak zaitun saja). 7. Membuka lokasi yang akan diolesi minyak zaitun. 8. Mengobservasi ada atau tidak ada luka. 9. Mengusapkan minyak zaitun pada lokasi yang telah ditentukan. 10. Ajarkan dan anjurkan klien menggunakan pelembab (minyak zaitun) secara mandiri. 11. Rapiakan kembali peralatan yang masih dipakai, buang peralatan yang sudah tidak digunakan pada tempat yang sesuai. 12. Cuci tangan. <p>Tahap Akhir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi perasaan klien. 2. Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya. 3. Dokumentasikan prosedur dan hasil observasi