

KARYA ILMIAH AKHIR

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



Oleh :

LIDYA NOVITA SARI, S.Kep
NIM. 2130048

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

KARYA ILMIAH AKHIR

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

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



Oleh :

LIDYA NOVITA SARI, S.Kep
NIM. 2130048

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Lidya Novita Sari, S.Kep

Nim : 2130048

Tanggal Lahir : 25 Mei 1999

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. S Dengan Diagnosis Medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya menyatakan dengan benar. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Surabaya, 20 Juni 2022

Lidya Novita Sari, S.Kep
NIM. 2130048

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Lidya Novita Sari, S.Kep

Nim : 2130048

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S dengan
Diagnosis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan
Surabaya

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

NERS (Ns)

Surabaya, 11 Juli 2022

Pembimbing



Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03011

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

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

LEMBAR PENGESAHAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Lidya Novita Sari, S.Kep
Nim : 2130048
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S dengan
Diagnosis 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” pada prodi Pendidikan Profesi Ners di Stikes Hang
Tuah Surabaya.

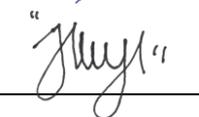
Penguji Ketua : **Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep.**
NIP. 03008



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



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



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

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

Ditetapkan : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 11 Juli 2022

KATA PENGANTAR

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

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

1. (Purn) Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi S1 Keperawatan.
2. Bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep.,Ns.,M.KKK selaku ketua di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

4. Ibu Hidayatus Sya'diyah. S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
5. Ibu Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep selaku ketua penguji yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi Ners.
6. Ibu Dini Mei W., S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan, saran, masukan dan dorongan moril dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ibu Ajeng Nawang Wulan, S.Kep.,Ns selaku penguji II yang telah membimbing di UPTD Griya Wreda Surabaya yang telah memberikan bimbingan, pengajaran, kritik, serta saran dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus dan ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Ny. S selaku responden yang telah bersedia menjadi responden dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Kedua orangtua saya dan adik saya yang tercinta beserta keluarga besar yang selalu senantiasa mendoakan dan memberikan semangat bagi saya.

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

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

Surabaya, 20 Juni 2022



Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
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 Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2. 1 Konsep Lansia	9
2.1.1 Pengertian Lansia.....	9
2.1.2 Batasan Usia Lansia.....	9
2.1.3 Klasifikasi Lanjut Usia	10
2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia.....	10
2.1.5 Tugas Perkembangan Pada Lanjut Usia	14
2.1.6 Tipe-Tipe Lanjut Usia.....	15
2.1.7 Masalah Yang Terjadi Pada Lansia	16
2.1.8 Upaya Perawatan dan Pelayanan Kesehatan Lansia.....	21
2. 2 Konsep Hipertensi Pada Lansia	25
2.2.1 Pengertian Hipertensi.....	25
2.2.2 Etiologi Hipertensi.....	25
2.2.3 Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Hipertensi.....	27
2.2.4 Patofisiologi Hipertensi	30
2.2.5 Manifestasi Klinis Hipertensi	31
2.2.6 Klasifikasi Hipertensi	32
2.2.7 Komplikasi Hipertensi	33
2.2.8 Penatalaksanaan Hipertensi	35
2.2.9 Pemeriksaan Penunjang.....	38
2. 3 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Hipertensi.....	40
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	40
2. 4 WOC Hipertensi	54

BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	55
3.1 Pengkajian.....	55
3.1.1 Data Dasar (Identitas).....	55
3.1.2 Riwayat Kesehatan.....	55
3.1.3 Status Fisiologis.....	56
3.1.4 Perubahan Terkait Proses Menua (Fungsi Fisiologis) :.....	56
3.1.5 Pengkajian Lingkungan.....	61
3.1.6 Pengkajian <i>Negative Functional Consequences</i>	62
3.1.7 Pengkajian Psikososial dan Spiritual.....	66
3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan.....	66
3.2 Lembaran Pemberian Terapi.....	67
3.3 Analisa Data Keperawatan.....	68
3.4 Prioritas Masalah Keperawatan.....	70
3.5 Rencana Intervensi Keperawatan.....	71
3.6 Implementasi Keperawatan.....	73
BAB 4 PEMBAHASAN.....	80
4.1 Pengkajian.....	80
4.1.1 Identitas.....	80
4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan.....	81
4.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	83
4.2 Diagnosis Keperawatan.....	88
4.3 Intervensi Keperawatan.....	91
4.4 Implementasi Keperawatan.....	93
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	95
BAB 5 PENUTUP.....	99
5.1 Simpulan.....	99
5.2 Saran.....	100
DAFTAR PUSTAKA.....	102
<i>Lampiran</i>	104

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	14
Tabel 2.2 Indeks Masa Tubuh.....	28
Tabel 2.3 Klasifikasi Tekanan Darah	32
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan	48
Tabel 3.1 Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel).....	61
Tabel 3.2 <i>Time Up Go Test</i>	62
Tabel 3.3 MMSE (<i>Mini Mental Status Exam</i>)	62
Tabel 3.4 SPMSQ (<i>Short Portable Mental Status Quesioner</i>)	63
Tabel 3.5 Pengkajian Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi	64
Tabel 3.6 Pengukuran Kemandirian dengan Indeks KATZ.....	65
Tabel 3.7 Lembar Pemberian Terapi Pada Ny. S.....	66
Tabel 3.8 Analisa Data Keperawatan.....	67
Tabel 3.9 Prioritas Masalah Keperawatan	69
Tabel 3.10 Rencana Keperawatan.....	70
Tabel 3.11 Implementasi Keperawatan Pada Ny. S.....	72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	102
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	103
Lampiran 3 SOP Teknik Mengatasi Nyeri atau Relaksasi Nafas Dalam.....	105

DAFTAR SINGKATAN

ACE	: <i>Angiotensin Converting Enzym</i>
ADL	: <i>Activity Dailiy Living</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BPS	: Badan Pusat Statistik
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
MMSE	: <i>Mini Mental Status Exam</i>
PDAM	: Perusahaan Daerah Air Minum
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPMSQ	: <i>Short Portable Mental Status Quesioner</i>
TENS	: <i>Transcutaneous Elektrical Nerve Stimulation</i>
TTV	: Tanda-Tanda Vital
TUG	: Time Up Go Test
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) mengatakan bahwa lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia >60 tahun (Putra, 2019). Proses penuaan tentunya berdampak pada berbagai aspek kehidupan, baik secara sosial, ekonomi, dan terutama kesehatan (Putra, 2019). Proses penuaan merupakan siklus kehidupan yang ditandai dengan menurunnya berbagai fungsi organ dalam tubuh dimana tubuh akan lebih rentan terhadap berbagai serangan penyakit (Akbar et al., 2020). Penyakit yang sering di jumpai pada lansia salah satunya adalah Hipertensi. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal atau tekanan darah sistolik diatas 160 mmHg dan tekanan darah diastolik diatas 90 mmHg yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (*morbidity*) dan angka kematian (*mortality*). (Sumartini et al., 2019). Sebuah penelitian menunjukkan bahwa masalah kesehatan yang terjadi pada lansia umumnya adalah penurunan fungsi organ yang memicu terjadinya berbagai penyakit degeneratif termasuk hipertensi. Penyakit degeneratif pada lansia jika tidak ditangani dengan baik maka dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup lansia (Hernawan & Rosyid, 2017). Nyeri kepala merupakan salah satu tanda dan gejala dari hipertensi, sehingga masalah keperawatan yang sering timbul akibat hipertensi adalah nyeri akut. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial dimana pada lansia nyeri biasanya bersifat

multifaktorial, untuk penalaksanaan nyeri sendiri dapat menggunakan teknik farmakologi ataupun non-farmakologi (Aisyah, 2017).

Peningkatan jumlah populasi lansia saat ini menjadi isu penting bagi dunia. Populasi lansia di dunia saat ini diperkirakan berjumlah lebih dari 625 juta jiwa. Sejak tahun 2000 Indonesia telah memasuki era pertambahan jumlah penduduk lansia, proporsi penduduk lansia di Indonesia berjumlah lebih dari 7%. Badan Pusat Statistik (BPS) menyatakan bahwa jumlah lansia pada tahun 2021 mencapai 29,3 juta (10,82%) dari jumlah penduduk di Indonesia (Jayani, 2021). Prevalensi hipertensi di dunia diperkirakan berjumlah 1 milyar jiwa dan hampir 7,1 juta kematian pada setiap tahunnya atau sekitar 13% dari total kematian diakibatkan karena hipertensi, (Hernawan & Rosyid, 2017). Menurut Kementerian Kesehatan 2018 Indonesia memiliki prevalensi hipertensi pada lansia yang cukup tinggi yaitu pada kelompok usia 55-64 tahun sebesar 55,2%, pada kelompok usia 65-74 tahun sebesar (63,2%) dan pada kelompok usia >75 tahun sebesar (69,5%) (Nuraisyah & Kusumo, 2021). Menurut data Riskesdas 2018 prevalensi penyakit hipertensi di Provinsi Jawa Timur mencapai 26,2%, dan prevalensi hipertensi di Kota Surabaya mencapai 22,0%. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa menurut hasil survey pendahuluan yang dilakukan di UPTD Griya Wreda Kota Surabaya didapatkan jumlah kasus penyakit degeneratif tertinggi menurut data angka kesakitan adalah hipertensi dengan jumlah kasus sebanyak 37 orang dari 120 lansia di UPTD. Griya Wreda Kota Surabaya (Safitri & Ismawati, 2018). Berdasarkan data pendahuluan yang dilakukan pada bulan Januari 2022 di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya didapatkan jumlah kasus berdasarkan diagnosis penyakit

yang terbanyak diderita selama 3 bulan terakhir adalah penyakit hipertensi dengan jumlah kasus 79 orang dari 160 lansia.

Faktor yang mempengaruhi hipertensi pada lansia dibagi menjadi 2 yaitu faktor resiko yang tidak dapat dikontrol seperti jenis kelamin, usia, adanya riwayat tekanan darah tinggi dalam keluarga (genetik/keturunan), pendidikan, dan faktor resiko hipertensi yang dapat dikontrol yaitu obesitas atau kelebihan berat badan yang diikuti dengan kurangnya berolahraga, stress, konsumsi garam yang berlebihan, kebiasaan hidup seperti merokok dan minuman beralkohol, serta mengonsumsi makanan yang berlemak (Akbar et al., 2020). Salah satu tanda dan gejala dari hipertensi adalah nyeri kepala, sehingga masalah keperawatan yang sering timbul akibat hipertensi adalah nyeri akut, hal ini disebabkan karena adanya peningkatan daya kerja jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh yang menyebabkan terjadi peningkatan tekanan pada pembuluh darah otak yang menekan serabut saraf otak sehingga stimulus dihantarkan dan nyeri dipersepsikan, apabila gejala ini diabaikan dan tidak ditangani maka efek lain yang akan timbul yaitu kerusakan ginjal, pecahnya pembuluh darah diotak dan kelumpuhan atau stroke (Nopidrawati, 2018)

Prevalensi hipertensi di Indonesia yang semakin tinggi ini memerlukan adanya penanggulan, adapun penatalaksanaan hipertensi baik dengan terapi farmakologi seperti melakukan kolaborasi dalam pemberian obat-obatan ataupun dengan terapi non-farmakologi seperti mempertahankan berat badan ideal, mengurangi asupan sodium, membatasi konsumsi alkohol, menghindari merokok, penurunan stress dan terapi relaksasi *progresif masase* seperti relaksasi napas dalam dan imajinasi, stimulasi saraf dengan listrik transkutan, penggunaan

kompres panas dan dingin, sentuhan terapeutik, meditasi, hipnotis dan akupresur, TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve stimulation*) yang dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah dan nyeri pada penderita hipertensi (Priyantono, 2019). Oleh karena itu, bagi seorang perawat harus mengetahui tentang bagaimana perjalanan, penanganan dan dampak lebih lanjut dari Hipertensi. Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk membahas mengenai hipertensi yang dituangkan dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. S dengan Diagnosis Medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya ilmiah akhir tentang Hipertensi, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S dengan Diagnosis Medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui asuhan keperawatan gerontik pada Ny. S dengan diagnosis medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

2. Mampu melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosis keperawatan gerontik pada Ny. S dengan diagnosis medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
3. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan gerontik pada masing-masing diagnosis keperawatan Ny. S dengan diagnosis medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
4. Mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. S dengan diagnosis medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
5. Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan gerontik pada Ny. S dengan diagnosis medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

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

1. Manfaat Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan gerontik secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan kejadian morbiditas dan mortalitas pada pasien dengan Hipertensi.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Lahan Praktik

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan Hipertensi. Sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan gerontik di institusi yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

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

c. Bagi Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada pasien tentang deteksi dini dan pengendalian penyakit dengan Hipertensi sehingga pasien mampu melakukan penatalaksanaan yang tepat untuk mengurangi tanda dan gejala akibat penyakit dan agar terjadi penurunan morbiditas dan mortalitas pada pasien dengan Hipertensi.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosis medis Hipertensi sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realita dibalik fenomena.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

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

b. Observasi

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

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber data

a. Data Primer

Adalah data yang diperoleh dari pasien

b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim Kesehatan lain.

c. Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

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

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

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

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi mengenai kesimpulan dan saran.

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia adalah proses alami yang tidak dapat dihindari, proses menua disebabkan oleh faktor biologi, berlangsung secara alamiah, terus menerus dan berkelanjutan yang dapat menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis, biokemis pada jaringan tubuh dan mempengaruhi fungsi, kemampuan badan dan jiwa (Syarli & Arini, 2021)

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

World Health Organization (WHO) mengatakan bahwa lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia >60 tahun (Putra, 2019)

Lansia merupakan bagian dari anggota keluarga dan anggota masyarakat yang setiap tahun bertambah jumlahnya yang sejalan dengan peningkatan usia harapan hidup (Wardani, 2018).

2.1.2 Batasan Usia Lansia

Menurut WHO (2013) dalam (Pancawati, 2018), klasifikasi lansia adalah sebagai berikut :

1. Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45-54 tahun
2. Lansia (*elderly*), yaitu kelompok usia 55-65 tahun
3. Lansia muda (*young old*), yaitu kelompok usia 66-74 tahun

4. Lansia tua (*old*), yaitu kelompok usia 75-90 tahun
5. Lansia sangat tua (*very old*), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun.

2.1.3 Klasifikasi Lanjut Usia

Menurut Departemen Kesehatan RI (2003) dalam (Hernawan & Rosyid, 2017), klasifikasi lansia dibagi menjadi :

1. Pralansia (prasenilis) adalah seseorang yang berusia antara 45-95 tahun
2. Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih
3. Lansia Potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa
4. Lansia Risiko Tinggi adalah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
5. Lansia Tidak Potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada orang lain.

2.1.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secaradegenerative yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial, dan seksual (Azizah, 2011) dalam (Pancawati, 2018) :

1. Sistem Indra

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

Sistem pengelihatannya menurun, indra perasa menurun, daya penciuman berkurang

2. Sistem Integumen

Pada 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 sudorifera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot

3. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia antara lain sebagai berikut : jaringan penghubung (kolagen dan elastin). Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur

4. Kartilago

Jaringan kartilago pada persendian lunak dan mengalami granulasi dan akhirnya permukaan sendi menjadi rata, kemudian kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan.

5. Tulang

Berkurangnya kepadatan tulang setelah diobservasi adalah bagian dari penuaan fisiologi akan mengakibatkan osteoporosis lebih lanjut mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur, tinggi badan menyusut krn

proses osteoporosis, tulang keropos massanya berkurang, kekuatan berkurang & mudah patah

6. Otot

Perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif

7. Sendi

Pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament, dan fascia mengalami penuaan elastisitas

8. Sistem Respirasi

Pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi thorak mengakibatkan Gerakan pernafasan terganggu dan kemampuan peregangan thorak berkurang

9. Sistem Pencernaan

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata :

- a. Kehilangan gigi
- b. Indra pengecap menurun
- c. Rasa lapar menurun
- d. Liver semakin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah

10. Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran. Contoh : laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal

11. Sistem Saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari

12. Sistem Reproduksi

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

13. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya, lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari

14. Sistem kardiovaskuler pada lansia

- a. Elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku
- b. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah umur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya

- c. Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- d. Perubahan posisi dari tidur ke duduk biasa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg (mengakibatkan pusing mendadak)
- e. Tekanan darah naik, diakibatkan oleh meningkatnya resistansi pembuluh darah perifer : sistolik normal kurang lebih 170 mmHg dan diastolik normal kurang lebih 90 mmHg.

Tabel 2.1 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Fisik	Psikososial
Pancaindra	Paranoid
Otak	Gangguan tingkah laku
Gastrointestinal	Keluyuran (wandering)
Saluran kemih	Sun downing
Otot dan tulang	Depresi
Kardiovaskuler	Demensia
Endokrin, dll	Sindrom pascakekuasaan (postpower syndrome)

2.1.5 Tugas Perkembangan Pada Lanjut Usia

Tugas perkembangan adalah tugas yang muncul pada periode tertentu dalam kehidupan suatu individu (Stanly & Gauntlett, 2007) dalam (Nuraisyah & Kusumo, 2021). Teori Perkembangan Menurut Havighurst & Duvall. Ada 7 tugas perkembangan yang harus dilaksanakan oleh Lansia

1. Penyesuaian terhadap penurunan fisik & psikis
2. Penyesuaian terhadap pensiun & penurunan pendapatan
3. Menemukan makna kehidupan
4. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
5. Menemukan kepuasan dalam hidup berkeluarga
6. Penyesuaian diri terhadap kenyataan meninggal

7. Menerima dirinya sebagai lanjut usia.

2.1.6 Tipe-Tipe Lanjut Usia

Beberapa tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonomi (Agrina et al., 2017) tipe tersebut di jabarkan sebagai berikut :

1. Tipe Lansia Arif Bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memnuhi undangan, dan menjadi panutan

2. Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan

3. Tipe Tidak Puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja

4. Tipe Pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik,, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja

5. Tipe Bingung

Kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

2.1.7 Masalah Yang Terjadi Pada Lansia

Masalah yang sering menyertai lansia menurut (Sumartini et al., 2019) yaitu :

1. Ketidakberdayaan fisik yang menyebabkan ketergantungan pada orang lain.
2. Ketidakpastian ekonomi sehingga memerlukan perubahan total dalam pola hidupnya
3. Membuat teman baru untuk mendapatkan ganti mereka yang telah meninggal atau pindah
4. Mengembangkan aktifitas baru untuk mengisi waktu luang yang bertambah banyak
5. Belajar memperlakukan anak-anak yang telah tumbuh dewasa.

Selain itu masalah yang sering terjadi pada lansia antara lain:

1. Imobilisasi

Imobilisasi yaitu keadaan tidak bergerak/tirah baring selama 3 hari atau lebih, dengan gerak anatomi tubuh menghilang akibat perubahan fungsi fisiologis. Berbagai faktor fisik, psikologis, dan lingkungan dapat menyebabkan imobilisasi pada usia lanjut. Penyebab utama imobilisasi adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekakuan otot, ketidak seimbangan, dan masalah psikologis. Beberapa informasi penting meliputi lamanya menderita disabilitas yang menyebabkan imobilisasi, penyakit yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi, dan pemakaian obat-obatan untuk mengeliminasi masalah iatrogenesis yang menyebabkan imobilisasi

2. *Instability* (Instabilitas dan Jatuh)

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya instabilitas dan jatuh pada orang usia lanjut. Faktor tersebut dapat diklasifikasikan sebagai faktor intrinsik (faktor risiko yang ada pada pasien) seperti gangguan penglihatan, gangguan adaptasi gelap, infeksi telinga, obat golongan aminoglikosida, vertigo, pengapuran vertebra servikal, gangguan aliran darah otak, artritis, lemah otot tungkai, hipotensi postural, pneumonia, penyakit sistemik (ISK, gagal jantung, dehidrasi, diabetes melitus, hipoglikemia). dan faktor risiko ekstrinsik (faktor yang terdapat di lingkungan) seperti turun tangga, benda-benda yang harus dilangkahi, lantai licin, kain atau celana terlalu panjang, penerangan kurang, tempat tidur terlalu tinggi atau terlalu rendah, kursi roda tidak terkunci, kamar mandi jauh dari kamar, toilet terlalu rendah. Prinsip dasar tatalaksana usia lanjut dengan masalah instabilitas dan riwayat jatuh adalah: mengobati berbagai kondisi yang mendasari instabilitas dan jatuh, memberikan terapi fisik dan penyuluhan berupa latihan cara berjalan, penguatan otot, alat bantu, sepatu atau sandal yang sesuai, serta mengubah lingkungan agar lebih aman seperti pencahayaan yang cukup, pegangan, lantai yang tidak licin

3. *Incontinence* (Inkontinensia Urin dan Alvi)

Inkontinensia urin didefinisikan sebagai keluarnya urin yang tidak dikehendaki dalam jumlah dan frekuensi tertentu sehingga menimbulkan masalah sosial dan atau kesehatan. Inkontinensia urin merupakan salah satu sindroma geriatrik yang sering dijumpai pada usia lanjut. Beberapa

penyebab timbulnya inkontinensia urin antara lain adalah sindrom delirium, immobilisasi, poliuria, infeksi, inflamasi, impaksi feses, serta beberapa obat-obatan.

4. *Intellectual Impairment* (Gangguan Intelektual)

Keadaan yang terutama menyebabkan gangguan intelektual pada pasien lanjut usia adalah delirium dan demensia. Demensia adalah gangguan fungsi intelektual dan memori didapat yang disebabkan oleh penyakit otak, yang tidak berhubungan dengan gangguan tingkat kesadaran. Demensia tidak hanya masalah pada memori. Demensia mencakup berkurangnya kemampuan untuk mengenal, berpikir, menyimpan atau mengingat pengalaman yang lalu dan juga kehilangan pola sentuh, pasien menjadi perasa, dan terganggunya aktivitas

5. *Infection* (infeksi)

Infeksi pada usia lanjut (usila) merupakan penyebab kesakitan dan kematian no. 2 setelah penyakit kardiovaskular di dunia. Hal ini terjadi akibat beberapa hal antara lain: adanya penyakit komorbid kronik yang cukup banyak, menurunnya daya tahan/imunitas terhadap infeksi, menurunnya daya komunikasi usia sehingga sulit/jarang mengeluh, sulitnya mengenal tanda infeksi secara dini. Ciri utama pada semua penyakit infeksi biasanya ditandai dengan meningkatnya temperatur badan, dan hal ini sering tidak dijumpai pada usia lanjut, 30-65% usia lanjut yang terinfeksi sering tidak disertai peningkatan suhu badan, malah suhu badan dibawah 360C lebih sering dijumpai

6. Gangguan Fungsi Indera (*Impairment Of Senses*)

Gangguan fungsi indera merupakan masalah yang sering ditemui pada Lanjut Usia. Kedua hal tersebut dapat menyebabkan timbulnya gangguan fungsional yang menyerupai gangguan kognitif serta isolasi sosial. Untuk itu, sangat penting bagi tenaga kesehatan untuk dapat mengidentifikasi Lanjut Usia yang mengalami gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, gangguan penciuman gangguan pengecap dan gangguan perabaan, mengidentifikasi penyebabnya dan memberikan terapi yang sesuai. Contohnya saat berkomunikasi dengan pasien Lanjut Usia yang mengalami gangguan pendengaran perlu memperhatikan cara berbicara. Berbicaralah jangan terlalu cepat, intonasi jelas, yakinlah bahwa pasien dapat memperhatikan gerak bibir

7. *Isolation (Depression)*

Isolation (terisolasi) dan depresi, penyebab utama depresi pada usia lanjut adalah kehilangan seseorang yang disayangi, pasangan hidup, anak, bahkan binatang peliharaan. Selain itu kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan, menyebabkan dirinya terisolasi dan menjadi depresi. Keluarga yang mulai mengacuhkan karena merasa direpotkan menyebabkan pasien akan merasa hidup sendiri dan menjadi depresi. Beberapa orang dapat melakukan usaha bunuh diri akibat depresi yang berkepanjangan

8. Insomnia (gangguan tidur)

Insomnia, dapat terjadi karena masalah-masalah dalam hidup yang menyebabkan seorang lansia menjadi depresi. Selain itu beberapa penyakit

juga dapat menyebabkan insomnia seperti diabetes melitus dan hiperaktivitas kelenjar thyroid, gangguan neurotransmitter di otak juga dapat menyebabkan insomnia. Jam tidur yang sudah berubah juga dapat menjadi penyebabnya.

9. *Immuno-deficiency* (penurunan sistem kekebalan tubuh)

Gangguan kesehatan yang disebabkan oleh perubahan sistem imunitas pada Lanjut Usia. Sistem imunitas yang tersering mengalami gangguan adalah sistem immunitas seluler. Berkaitan dengan hal tersebut, kejadian infeksi tuberkulosis meningkat pada populasi Lanjut Usia ini sehingga memerlukan kewaspadaan.

10. Kekurangan gizi (*inanition*)

Kekurangan zat gizi baik zat gizi makro (karbohidrat, lemak dan protein) maupun zat gizi mikro (vitamin dan mineral) seringkali dialami orang Lanjut Usia. Gangguan gizi pada Lanjut Usia dapat merupakan konsekuensi masalah-masalah somatik, fisik atau sosial. Kekurangan zat gizi energi dan protein terjadi karena kurangnya asupan energi dan protein, peningkatan metabolik karena trauma atau penyakit tertentu dan peningkatan kehilangan zat gizi. Asupan energi secara signifikan menurun seiring proses menua, karena berhubungan dengan penurunan aktivitas fisik pada Lanjut Usia.

2.1.8 Upaya Perawatan dan Pelayanan Kesehatan Lansia

Upaya pelayanan kesehatan yang diterima orang lanjut usia menurut (Nopidrawati, 2018), yaitu :

1. Azas

Azas yang dianut oleh Departemen Kesehatan RI adalah meningkatkan mutu kehidupan lanjut usia, meningkatkan kesehatan dan memperpanjang usia.

2. Pendekatan berdasarkan penerapan WHO (1982) yaitu :

- a. Menikmati hasil pembangunan
- b. Masing-masing lansia memiliki keunikan
- c. Mengusahakan kemandirian lansia dalam segala hal
- d. Melibatkan lansia dalam pengambilan kebijakan
- e. Memberikan perawatan di rumah
- f. Pelayanan harus dicapai dengan mudah
- g. Mendorong keakraban antar kelompok atau antar generasi
- h. Transportasi dan bangunan yang ergonomis dengan lansia
- i. Keluarga dan lansia turut aktif dalam usaha pemeliharaan kesehatan lansia

3. Jenis Pelayanan Kesehatan Lansia

Jenis pelayanan kesehatan lansia meliputi peningkatan (*promotion*), pencegahan (*prevention*), diagnosis dini dan pencegahan (*early diagnosis and prompt treatment*), pembatasan kecacatan (*disability limitation*), serta pemulihan (*rehabilitation*).

a. Upaya *promotion*

Proses advokasi kesehatan digunakan untuk meningkatkan dukungan klien, tenaga *professional* dan masyarakat terhadap praktik kesehatan yang positif menjadi norma-norma sosial meliputi :

- 1) Mengurangi cedera oleh karena jatuh maupun kebakaran, meningkatkan penggunaan alat pengaman dan mengurangi keracunan makanan
- 2) Meningkatkan keamanan terhadap paparan bahan-bahan kimia dan peningkatan sistem keamanan kerja
- 3) Meningkatkan perlindungan terhadap kualitas udara yang buruk dengan membatasi penggunaan bahan-bahan kimia berbahaya yang dapat menimbulkan kontaminasi terhadap udara, makanan dan obat-obatan
- 4) Meningkatkan perhatian terhadap kebutuhan gigi dan mulut yang bertujuan untuk mengurangi karies gigi serta memelihara kebersihan gigi dan mulut

b. Upaya *prevention*

Upaya pencegahan mencakup pencegahan primer, sekunder dan tersier

- 1) Pencegahan primer : meliputi pencegahan pada lansia sehat, terdapat faktor risiko, tidak ada penyakit dan promosi kesehatan. Jenis pelayanan yang diberikan yaitu konseling dalam upaya menghentikan kecanduan terhadap rokok dan alkohol, nutrisi, exercise, keamanan di dalam dan sekitar rumah, manajemen

stress dan penggunaan medikasi yang tepat.

- 2) Pencegahan sekunder : meliputi pemeriksaan terhadap penderita tanpa gejala hingga yang memiliki faktor risiko tertentu melalui upaya kontrol hipertensi, deteksi dan pengobatan kanker, screening berupa pemeriksaan anorektal, mammogram, papsmear, gigi mulut dan lain-lain.
- 3) Pencegahan tersier : meliputi tindakan yang dilakukan pada lansia setelah didapatkan suatu gejala penyakit dan kecacatan melalui upaya pencegahan penambahan kecacatan dan ketergantungan, perawatan bertahap melalui perawatan rumah sakit, rehabilitasi pasien rawat jalan dan perawatan jangka panjang. Jenis pelayanan yang diberikan dapat berupa fasilitasi rehabilitasi dan membatasi ketidakmampuan akibat kondisi kronis serta mendukung usaha dalam mempertahankan kemampuan berfungsi

c. Early diagnosis and prompt treatment

Diagnosis dini dapat dilakukan oleh lansia sendiri maupun petugas kesehatan. Atas inisiatif sendiri lansia dapat melakukan tes diri, screening kesehatan, memanfaatkan Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia, memanfaatkan Buku Kesehatan Pribadi (BKP) serta penandatanganan buku kontrak kesehatan. Diagnosis dini juga dapat diinisiasi oleh petugas kesehatan melalui pemeriksaan status fisik, wawancara mengenai riwayat yang lalu dan saat ini, obat-obatan yang dikonsumsi, riwayat keluarga dan sosial, riwayat penggunaan alkohol

dan rokok, pemeriksaan fisik diagnostik, skrining kesehatan (tinggi badan, berat badan, kolesterol dan tumor), pemeriksaan status mental, serta pemeriksaan status fungsi tubuh.

d. Disability limitation

Dalam hal ini, lansia telah mengalami kecacatan yang diamati melalui kesulitan dalam memfungsikan kerangka, otot dan sistem saraf. Adapun kecacatan dapat bersifat sementara maupun menetap. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu pemeriksaan, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian.

e. Rehabilitation

Prinsip dalam rehabilitasi adalah mempertahankan kenyamanan lingkungan, istirahat dan aktivitas rehabilitasi yang dilaksanakan oleh tim rehabilitasi yang terdiri dari petugas medis, paramedis dan non medis. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada proses rehabilitasi yaitu kecukupan nutrisi, fungsi pernafasan, fungsi pencernaan, saluran kemih, psikososial dan komunikasi. Adapun upaya rehabilitasi dilakukan untuk mengatasi berbagai keluhan pada lansia antara lain gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, kesulitan dalam pergerakan, serta rehabilitasi bagi lansia yang mengalami kepikunan (demensia).

2.2 Konsep Hipertensi Pada Lansia

2.2.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal dalam jangka waktu yang lama (Aini & Sumarno, 2021).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Hipertensi pada lansia didefinisikan dengan tekanan sistolik di atas 160 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg (Sumartini et al., 2019)

Hipertensi merupakan the silent disease atau disebut juga dengan siluman pembunuh karena seseorang tidak mengetahui jika dirinya mengalami peningkatan tekanan darah, baik secara lambat maupun mendadak sebelum memeriksakan tekanan darahnya. Penyakit hipertensi juga dikatakan sebagai sebuah gejala dari sebuah sindroma yang dapat memicu terjadinya pengerasan tekanan darah sehingga menyebabkan kerusakan pada organ target seperti serangan jantung, otak (Stroke), penyakit ginjal kronik dan penyakit arteri perifer (Safitri & Ismawati, 2018).

Hipertensi merupakan suatu gejala penyakit degeneratif kardiovaskuler yang paling banyak di alami oleh lansia dan belum dapat diketahui dengan pasti penyebabnya (Hernawan & Rosyid, 2017).

2.2.2 Etiologi Hipertensi

Menurut Smeltzer dan Bare (2000) dalam (Syarli & Arini, 2021) penyebab hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Hipertensi Essensial atau Primer

Hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder dari hipertensi tidak ditemukan. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Onset hipertensi primer terjadi pada usia 30-50 tahun. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit renovaskuler, *aldosteronism*, *pheochro-mocytoma*, gagal ginjal dan penyakit lainnya. Genetik dan ras merupakan bagian yang menjadi penyebab timbulnya hipertensi primer, termasuk faktor lain yang diantaranya adalah faktor stress, intake alkohol moderat, merokok, lingkungan, demografi dan gaya hidup.

2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme). Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensia esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditunjukkan ke penderita esensial.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

- a. Elastisitas dinding aorta menurun
- b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku
- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1%, setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemungkinan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya

- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

2.2.3 Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Hipertensi

Menurut Triyanto (2014) dalam (Agustina et al., 2020), faktor yang mempengaruhi hipertensi dibagi menjadi 2 :

1. Faktor resiko yang tidak dapat dikontrol :

a. Jenis kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria dengan wanita. Wanita diketahui mempunyai tekanan darah lebih rendah dibandingkan pria ketika berusia 20-30 tahun. Tetapi akan mudah menyerang pada wanita ketika berumur 55 tahun, sekitar 60% menderita hipertensi berpengaruh pada wanita. Hal ini dikaitkan dengan perubahan hormon pada wanita setelah menopause

b. Usia

Perubahan tekanan darah pada seseorang secara stabil akan berubah di usia 20-40 tahun. Setelah itu akan cenderung lebih meningkat secara cepat. Sehingga, semakin bertambah usia seseorang maka tekanan darah semakin meningkat. Jadi seorang lansia cenderung mempunyai tekanan darah lebih tinggi dibandingkan diusia muda

c. Keturunan (genetik)

Adanya faktor genetik tentu akan berpengaruh terhadap keluarga yang telah menderita hipertensi sebelumnya. Hal ini terjadi adanya peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara

potasium terhadap sodium individu sehingga pada orang tua cenderung beresiko lebih tinggi menderita hipertensi dua kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang tidak mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi

d. Pendidikan

Tingkat pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi tekanan darah. Tingginya resiko hipertensi pada pendidikan yang rendah, kemungkinan kurangnya pengetahuan dalam menerima informasi oleh petugas kesehatan sehingga berdampak pada perilaku atau pola hidup sehat.

2. Faktor resiko hipertensi yang dapat dikontrol

a. Obesitas

Pada usia pertengahan dan usia lanjut, cenderung kurangnya melakukan aktivitas sehingga asupan kalori mengimbangi kebutuhan energi, sehingga akan terjadi peningkatan berat badan atau obesitas dan akan memperburuk kondisi.

Tabel 2.2 Indeks Masa Tubuh (IMT)

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan BB tingkat berat	<17,0
	Kekurangan BB tingkat ringan	17,0-18,4
Normal		18,5-25,0
Gemuk	Kelebihan BB tingkat ringan	25,1-27,0
Obesitas	Kelebihan BB tingkat berat	>27,0

b. Olahraga

Jika melakukan olahraga dengan teratur akan mudah untuk mengurangi peningkatan tekanan darah tinggi yang akan menurunkan

tahanan perifer, sehingga melatih otot jantung untuk terbiasa melakukan pekerjaan yang lebih berat karena adanya kondisi tertentu

c. Kebiasaan Merokok

Merokok dapat meningkatkan tekanan darah. Hal ini dikarenakan di dalam kandungan nikotik yang dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah

d. Konsumsi Garam Yang Berlebihan

Kadar sodium yang direkomendasikan pada penderita hipertensi adalah tidak lebih dari 100 mmol (sekitar 2,4 gram sodium atau 6 gram)

e. Minum Alkohol

Ketika mengonsumsi alkohol secara berlebihan akan menyebabkan peningkatan tekanan darah yang tergolong parah karena dapat menyebabkan darah di otak tersumbat dan menyebabkan stroke.

f. Minum Kopi

Satu cangkir kopi mengandung kafein 75-200 mg, dimana dalam satu cangkir kopi dapat meningkatkan tekanan darah 5- 10 mmHg.

g. Kecemasan

Kecemasan akan menimbulkan stimulus simpatis yang akan meningkatkan frekuensi jantung, curah jantung dan resistensi vaskuler, efek samping ini akan meningkatkan tekanan darah. Kecemasan atau stress meningkatkan tekanan darah sebesar 30 mmHg. Jika individu merasa cemas pada masalah yang di hadapinya maka hipertensi akan terjadi pada dirinya. Hal ini dikarenakan kecemasan yang berulang-

ulang akan mempengaruhi detak jantung semakin cepat sehingga jantung memompa darah keseluruh tubuh akan semakin cepat.

2.2.4 Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat *vasomotor* dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

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

Renin yang dilepaskan 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 faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. Untuk pertimbangan gerontologi perubahan struktural dan fungsional pada system pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Nopidrawati, 2018).

2.2.5 Manifestasi Klinis Hipertensi

Menurut Nurarif & Kusuma (2013) dalam (Safitri & Ismawati, 2018), tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

1. Tidak Ada Gejala

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

2. Gejala Yang Lazim

Sering dikatakan bahwa gejala yang lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala yang terlazim mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Menurut Rokhaeni (2013), manifestasi klinis beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

- a. Peningkatan tekanan darah > 140/90 mmHg
- b. Sakit kepala
- c. Pusing/migraine
- d. Rasa berat tengkuk
- e. Penyempitan pembuluh darah
- f. Sulit tidur
- g. Lemah dan lelah
- h. Mual dan Muntah
- i. Penurunan Kesadaran
- j. Epitaksis
- k. Nokturia

2.2.6 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan hasil ukur tekanan darah menurut *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Bloods Preassure* (JNC) ke-VIII dalam Smeltzer & Bare (2010) yaitu <130 mmHg untuk tekanan darah systole dan <85 mmHg untuk tekanan darah diastole (Nuraisyah & Kusumo, 2021).

Tabel 2.3 Klasifikasi Tekanan Darah (Hipertensi)

Kategori	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Pra-Hipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi tingkat 1	140-159	Atau	90-99
Hipertensi tingkat 2	>160	Atau	>100
Hipertensi sistolik terisolasi	>140	Dan	<90

2.2.7 Komplikasi Hipertensi

Komplikasi yang terjadi pada Hipertensi (Agustina et al., 2020)

1. Stroke

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahnya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami aterosklerosis dapat menjadi lemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Gejala terkena stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba, seperti orang bingung, limbung atau bertingkah laku seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa lemah atau sulit digerakan (misalnya wajah, mulut, atau lengan terasa kaku, tidak dapat berbicara secara jelas) serta tidak sadarkan diri secara mendadak.

2. Infark miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner yang arteroklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut.

Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan .

3. Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya membrane glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

4. Gagal jantung

Tekanan darah yang terlalu tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah yang menyebabkan pembesaran otot jantung kiri sehingga jantung mengalami gagal fungsi. Pembesaran pada otot jantung kiri disebabkan kerja keras jantung untuk memompa darah.

5. Kerusakan pada mata

Tekanan darah yang terlalu tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan saraf pada mata (Ningrum, 2021).

2.2.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg (Brunner & Suddart, 2015) dalam (Pancawati, 2018). Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi :

1. Terapi Tanpa Obat (Nonfarmakologi)

Modifikasi gaya hidup dalam penatalaksanaan nonfarmakologi sangat penting untuk mencegah tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan nonfarmakologis pada penderita hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah tinggi dengan cara memodifikasi faktor resiko yaitu :

a. Mempertahankan berat badan ideal

Mempertahankan berat badan yang ideal sesuai Body Mass Index dengan rentang 18,5 – 24,9 kg/m². BMI dapat diketahui dengan rumus membagi berat badan dengan tinggi badan yang telah dikuadratkan dalam satuan meter. Obesitas yang terjadi dapat diatasi dengan melakukan diet rendah kolesterol kaya protein dan serat. Penurunan berat badan sebesar 2,5 – 5 kg dapat menurunkan tekanan darah diastolik sebesar 5 mmHg

b. Mengurangi asupan natrium (sodium)

Mengurangi asupan sodium dilakukan dengan diet rendah garam yaitu tidak lebih dari 100 mmol/hari (kira-kira 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/hari), atau dengan mengurangi konsumsi garam hingga 2300 mg setara dengan satu sendok teh setiap harinya. Penurunan tekanan darah sistolik sebesar 5 mmHg dan tekanan darah diastolik sebesar 2,5 mmHg dapat dilakukan dengan cara mengurangi asupan garam menjadi ½ sendok teh/hari.

c. Batasi konsumsi alkohol

Mengonsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau lebih dari 1 gelas per hari pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah, sehingga membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol dapat membantu dalam penurunan tekanan darah.

d. Menghindari merokok

Merokok meningkatkan resiko komplikasi pada penderita hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke. Kandungan utama rokok adalah tembakau, didalam tembakau terdapat nikotin yang membuat jantung bekerja lebih keras karena mempersempit pembuluh darah dan meningkatkan frekuensi denyut jantung serta tekanan darah

e. Makan K dan Ca yang cukup dari diet

Kalium menurunkan tekanan darah dengan cara meningkatkan jumlah natrium yang terbuang bersamaan dengan urin. Konsumsi buah-buahan setidaknya sebanyak 3-5 kali dalam sehari dapat membuat asupan potasium menjadi cukup. Cara mempertahankan asupan diet potasium (>90 mmol setara 3500 mg/hari) adalah dengan konsumsi diet tinggi buah dan sayur.

f. Penurunan stress

Stress yang terlalu lama dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah sementara. Menghindari stress pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara relaksasi seperti relaksasi otot, yoga atau meditasi yang dapat mengontrol sistem saraf sehingga menurunkan tekanan darah yang tinggi (Hartono, 2017).

g. Terapi relaksasi progresif

Di Indonesia, penelitian relaksasi progresif sudah cukup banyak dilakukan. Terapi relaksasi progresif terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi (Erviana, 2019). Teknik relaksasi menghasilkan respon fisiologis yang terintegrasi dan juga mengganggu bagian dari kesadaran yang dikenal sebagai “respon relaksasi Benson”. Respon relaksasi diperkirakan menghambat sistem saraf otonom dan sistem saraf pusat serta meningkatkan aktivitas parasimpatis yang dikarakteristikan dengan menurunnya otot rangka, tonus otot jantung dan mengganggu fungsi neuroendokrin. Agar memperoleh manfaat dari respons relaksasi, ketika melakukan teknik ini diperlukan lingkungan yang tenang, posisi yang nyaman.

2. Terapi Dengan Obat (Farmakologi)

Penatalaksanaan farmakologi merupakan penanganan menggunakan obat-obatan, antara lain :

- a. Penghambat syaraf simpatis : golongan obat ini bekerja dengan menghambat aktifitas syaraf simpatis sehingga mencegah naiknya tekanan darah. Contoh : *Metildopa, Clonidin, Catapres, Reserpin*
- b. Beta Bloker Bekerja dengan menurunkan daya pompa jantung sehingga pada gilirannya dapat menurunkan tekanan darah. Contoh : Propanolol, Atenolol, Bisoprolol
- c. Vasodilator Bekerja langsung pada pembuluh darah dengan merelaksasi otot pembuluh darah

- d. *Angiotensin Converting Enzim (ACE) Inhibitor* Golongan ini bekerja menghambat zat angiotensin II (zat yang dapat menyebabkan meningkatkan tekanan darah)
- e. *Calcium antagonis* Golongan obat ini bekerja menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas) Contoh: Nifedipin (Adalat, codalat, farmalat), Diltiazem (Herbeser, farmabes)
- f. *Antagonis Reseptor Angiotensin II* Cara kerjanya adalah dengan menghalangi penempelan zat angiotensin II pada reseptornya yang mengakibatkan ringannya daya pompa jantung. Contoh : Valsartan, davon
- g. *Diuretic* Obat ini bekerja dengan cara mengeluarkan mengeluarkan cairan tubuh (melalui urine) sehingga volume cairan tubuh berkurang dan mengakibatkan ringannya daya pompa jantung

2.2.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan dua cara menurut Amin & Hardhi (2015) dalam (Zaenurrohmah & Riris Diana Rachmayanti, 2017) yaitu :

1. Pemeriksaan yang segera seperti :
 - a. Darah rutin (Hematokrit/Hemoglobin) : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viscositas) dan dapat menindikasikan faktor resiko seperti : hipokoagulabilitas, anemia
 - b. Bood Unit Nitrogen/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal
 - c. Glukosa : Hiperglimi (Diabetes Melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin (meningkatkan hipertensi)

- d. Kalium serum : Hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretic
- e. Kalsium serum : Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi
- f. Kolesterol dan trigiserid serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk / adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler)
- g. Pemeriksaan tiroid : Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi
- h. Kadar aldosteron urin/serum : untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)
- i. Urinalisa : Darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan diabetes mellitus
- j. Asam urat : Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
- k. Steroid urin : Kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme
- l. EKG : 12 Lead, melihat tanda iskemi, untuk melihat adanya hipertropi ventrikel kiri ataupun gangguan koroner dengan menunjukkan pola regangan, dimana luas peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
- m. Foto dada : Apakah ada oedima paru (dapat ditunggu setelah pengobatan terlaksana) untuk menunjukkan destruksi pada area katub, pembesaran jantung

2. Pemeriksaan lanjutan (tergantung dari keadaan klinis dan hasil pemeriksaan yang pertama) :
 - a. IVP : Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter
 - b. CT Scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati
 - c. USG : Untuk melihat struktur ginjal dilaksanakan sesuai kondisi klinis pasien
 - d. Menyingkirkan kemungkinan tindakan bedah neurologis.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Hipertensi

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Ningrum, 2021).

2.3.1.1 Identitas

1. Umur dan Jenis Kelamin

Penderita hipertensi lebih banyak pria dibandingkan dengan wanita. Namun, pada usia 55-64 tahun, resikonya menjadi hampir sama besar antara pria dan wanita. Bahkan ketika usia 65 tahun, jumlah penderita hipertensi pada wanita justru lebih banyak dibandingkan pria

2. Pendidikan

Penderita hipertensi secara umum lebih banyak pada kalangan yang berpendidikan SMA, Diploma, dan Sarjana. Hal itu karena tingkat

pendidikan yang tinggi dan gaya yang mewah sehingga sering mengkonsumsi makanan yang berpengaruh pada hipertensi

3. Pekerjaan dan Penghasilan

Pekerjaan sebelum pensiun bekerja perlu dikaji. Tidak semua pekerjaan apalagi yang bukan pegawai akan dapat uang pensiunan. Juga dapat mempengaruhi tingkat stress dan depresi (semakin rendah uang pensiunan yang diterima maka semakin tinggi tingkat stress dan depresi tersebut). Sehingga akan menyebabkan peningkatan tekanan darah.

2.3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan klien pada saat ini. Biasanya klien dengan penyakit hipertensi mengeluh nyeri kepala atau rasa berat di tengkuk

2. Status Kesehatan Sekarang

Biasanya klien hipertensi pada saat melakukan aktivitas mendapat serangan nyeri kepala, mual sampai muntah, sesak nafas, pandangan menjadi kabur

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang perlu dikaji pada lansia dengan hipertensi antara lain tekanan darah tinggi, penyakit jantung koroner ataupun stroke dan penyakit ginjal.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tanyakan pada keluarga klien penderita hipertensi apakah ada anggota keluarga yang menderita hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, stroke.

5. Riwayat Psikososial :

- a. Persepsi, harapan klien dan keluarga Klien dan keluarga biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan bicara tidak teratur
- b. Pola interaksi sosial dan komunikasi Adanya perubahan dan peran karena klien mudah lelah dan nyeri kepala yang hilang timbul
- c. Pola pertahanan Adanya dukungan dari keluarga untuk klien penderita hipertensi
- d. Pola nilai dan kepercayaan Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena perilaku yang tidak stabil, sesak nafas, nyeri kepala, dan kelemahan pada salah satu isi tubuhnya

6. Pengkajian konsep diri :

- a. Ideal diri
- b. Harga diri
- c. Gambaran diri
- d. Identitas diri

7. Genogram

Pada genogram keluarga meliputi tiga generasi, yaitu : kakek, orang tua, anak, saudara kandung, tante, paman, sepupu yang pertama.

Laki-laki diletakkan pada sebelah kiri dengan tanda kotak dan perempuan di sebelah kanan dengan tanda lingkaran (Basuki, 2017).

2.3.1.3 Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

1. Keadaan Umum

Pada klien hipertensi biasanya mengalami kelelahan saat selesai beraktivitas dan jika tekanan darah naik/kambuh, biasanya mempunyai berat badan berlebih/obesitas, bentuk badan seperti buah pir dan tidak ada perubahan nafsu makan. Tidak demam dan tidak mengalami keringat di malam hari. Lansia dengan hipertensi biasanya mengalami kesulitan tidur di malam hari. Tidak pilek dan infeksi

2. Integumen

Pada lansia dengan hipertensi mengalami perubahan pigmentasi, terjadi perubahan tekstur kulit, rambut berwarna putih, kuku menjadi lebih tebal dan keras. Tidak mengalami lesi, pruritis, sering memar dan pemanjangan lama terhadap matahari

3. Hemopoietik

Pada klien dengan hipertensi tidak mengalami perdarahan/memar abnormal, tidak mengalami pembengkakan kelenjar limfa, tidak anemia dan tidak ada riwayat tranfusi darah

4. Kepala

Pada klien dengan hipertensi mengalami sakit pada kepala, karena darah mengalir lebih cepat di dalam pembuluh darah di kepala sehingga kerja dari otak untuk memenuhi kebutuhan oksigen juga lebih besar

sehingga akibat yang ditimbulkan adalah nyeri atau sakit kepala, tidak terdapat trauma pada masa lalu

5. Mata

Pada lansia dengan hipertensi mengalami perubahan pada penglihatannya, dan ditemukan adanya pandangan kabur atau ganda karena otot siliaris pada mata akan melemah akibat tekanan intraokuler, otot ini akan merangsang daya akomodasi pada lensa sehingga letak bayangan tidak bisa sampai ke dalam titik buta retina sehingga bayangan tidak jelas pada saat diproyeksikan. Tidak ada nyeri, air mata berlebih, pruritis, bengkak di sekitar mata, diplobia dan foto pobia

6. Telinga

Pada lansia secara umum akan mengalami perubahan ketajaman pendengaran, pada lansia hipertensi terjadi sensitivitas pendengaran terutama bunyi suara atau nada-nada yang tinggi. Tidak ada tinitus, vertigo, alat-alat protes, riwayat infeksi

7. Hidung dan Sinus

Pada klien dengan hipertensi biasanya mengalami epistaksis (perdarahan pada hidung), mimisan atau epistaksis terjadi karena lesi lokal di hidung yang menyebabkan pembuluh darah, sementara hipertensi hanyalah faktor pemberat dari epistaksis itu sendiri. Hipertensi berat dapat menyebabkan epistaksis massif, biasanya dibagian posterior hidung dengan tekanan di atas konka media. Dapat disertai pusing, kepala seperti ditusuk-tusuk. Tidak terjadi rinorea, rabas, obstruksi, mendengkur, nyeri pada sinus, alergi, riwayat infeksi dan penilaian diri kemampuan olfaktori

8. Mulut dan Tenggorokan

Pada lansia dengan hipertensi ditemukan stomatitis atau peradangan, kesulitan menelan dan kesulitan mengunyah makanan. Tidak mengalami sakit tenggorokan, tidak ada lesi, tidak serak, tidak ada perubahan suara, tidak terdapat alat-alat protesa, tidak ada riwayat infeksi

9. Leher

Pada klien dengan hipertensi didapatkan kekakuan pada leher dan nyeri pada tengkuk. Kekakuan pada leher disebabkan karena pembuluh darah yang ada di sekitar menjadi menyempit dengan berkala sehingga leher akan mengalami pengerutan baik oleh otot leher ataupun pembuluh darahnya. Tidak terdapat benjolan/masa, kekakuan pada leher dapat menyebabkan keterbatasan gerak jika tekanan darah kambuh

10. Payudara

Pada lansia secara umum terjadi perubahan pada puting susu, tidak ada benjolan/masa, tidak ada nyeri tekan, tidak keluar cairan dari puting susu dan lansia tidak pernah memeriksa payudaranya sendiri

11. Pernafasan

Pada lansia secara umum ditemukan mengi oleh jalan nafas yang sempit pada titik dimana dinding yang berlawanan bersentuhan, ronkhi atau bunyi gemuruh terdengar lebih jelas pada saat ekspirasi. Pada klien hipertensi tidak ditemukan batuk, sesak nafas, hemopteses, sputum, asma/alergi pernafasan

12. Kardiovaskuler

Pada lansia secara umum dan penderita hipertensi biasanya mengalami dispnea pada aktifitas. Tidak ditemukan nyeri dada, palpitasi, sesak nafas, dispnea nokturnal paroksimal, ortopnea, murmur, edema, varises, kaki timpang, paresthesia dan perubahan warna kaki

13. Gastrointestinal

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

14. Perkemihan

Pada lansia secara umum sering mengalami inkontinensia urin dan nokturia. Frekuensi urin mengalami perubahan. Pada lansia dengan hipertensi yang mendapat terapi diuretik mengatakan sering BAK. Tidak ditemukan data disuria, menetes, hematuria, poliuria, oliguria, nyeri saat berkemih, batu, infeksi

15. Sistem Reproduksi Pria

Pada pemeriksaan genito reproduksi pria lansia hipertensi tidak ditemukan lesi, rabas, nyeri testikuler, massa testikuler, masalah prostat, penyakit kelamin, perubahan hasrat seksual, impotensi dan masalah aktivitas seksual

16. Sistem Reproduksi Wanita

Pada pemeriksaan genito reproduksi wanita lansia hipertensi tidak ditemukan data lesi, rabas, perdarahan pasca senggama, nyeri pelvic, penyakit kelamin, infeksi, masalah aktifitas seksual. Kaji riwayat menstruasi dan riwayat menopause

17. Muskuloskeletal

Pada lansia secara umum mengalami nyeri pada persendian, kram, kelemahan otot, nyeri punggung, masalah cara berjalan dan tidak olahraga. Pada lansia dengan hipertensi ditemukan data kekakuan pada tengkuk leher. Tidak ditemukan data pembengkakan sendi, deformitas, spasme, protesa

18. Sistem Saraf Pusat

Pada lansia dengan hipertensi didapatkan data sakit pada kepala. Tidak ditemukan data kejang, serangan jantung, paralisis, paresis, masalah koordinasi, tic/tremor/spasme, parastesia, cedera kepala, masalah memori

19. Sistem Endokrin

Pada lansia secara umum mengalami pigmentasi kulit/tekstur, perubahan warna rambut menjadi putih, menjadi tipis dan sering rontok, intoleran terhadap panas. Tidak ditemukan data goiter, polifagia, polidipsi dan poliuria (Muhammad Yusuf, 2018).

2.3.1.4 Diagnosis Keperawatan

1. Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload (SDKI D.0008. Hal. 34)
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler cerebral (SDKI D.0077. Hal. 172)
3. Hipervolemia b.d kelebihan asupan natrium (SDKI D.0022. Hal. 62)
4. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (SDKI D.0009. Hal.37)
5. Intoleran aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂ (SDKI D.0056. Hal. 128)
6. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (SDKI D.0111. Hal. 246)

2.3.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload (SDKI D.0008. Hal. 34)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....jam maka diharapkan ketidakadekuatan jantung memompa darah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah menurun 2. CRT menurun 3. Palpitasi menurun 4. Distensi vena jugularis menurun 5. Gambaran EKG aritmia menurun 6. Lelah menurun 	<p>Perawatan Jantung</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan ouput cairan 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor keluhan nyeri dada 7. Monitor EKG 12 sandapan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi fowler/fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai 3. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memotivasi gaya hidup sehat 4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 5. Berikan dukungan emosional dan spiritual 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur BB

			5. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler cerebral (SDKI D.0077. Hal. 172)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi membaik 2. Pola napas membaik 3. Keluhan nyeri menurun 4. Meringis menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 		
			<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri verbal dan non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh pada kualitas hidup 7. Monitor efek samping penggunaan analgesik <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat analgetik bila perlu
3. Hipervolemia b.d kelebihan asupan natrium (SDKI D.0022. Hal. 62)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....jam maka diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 		<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Haluaran urine meningkat 3. Edema menurun 4. Asites menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor status hemodinamik 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang BB setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggkan kepala 30-40° <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melaporkan jika haluaran urine <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 2. Anjurkan melaporkan jika BB bertambah >1kg dalam sehari 3. Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretic
<ol style="list-style-type: none"> 4. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (SDKI D.0009. Hal.37) 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....jam maka diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warna kulit pucat menurun 2. Edema perifer menurun 3. Kelemahan otot menurun 4. Pengisian kapiler membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cedera 3. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin

5. Intoleran aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O ₂ (SDKI D.0056. Hal. 128)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....jam maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Dispnea saat aktivitas menurun 5. Tekanan darah membaik	Manajemen Energi Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor kelelahan fisik dan emosional 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif / aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat dipindahkan atau berjalan 5. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
6. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (SDKI D.0111. Hal. 246)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....jam maka diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan sesuai topik meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media kesehatan 2. Jadwalkan kesehatan sesuai kesepakatan

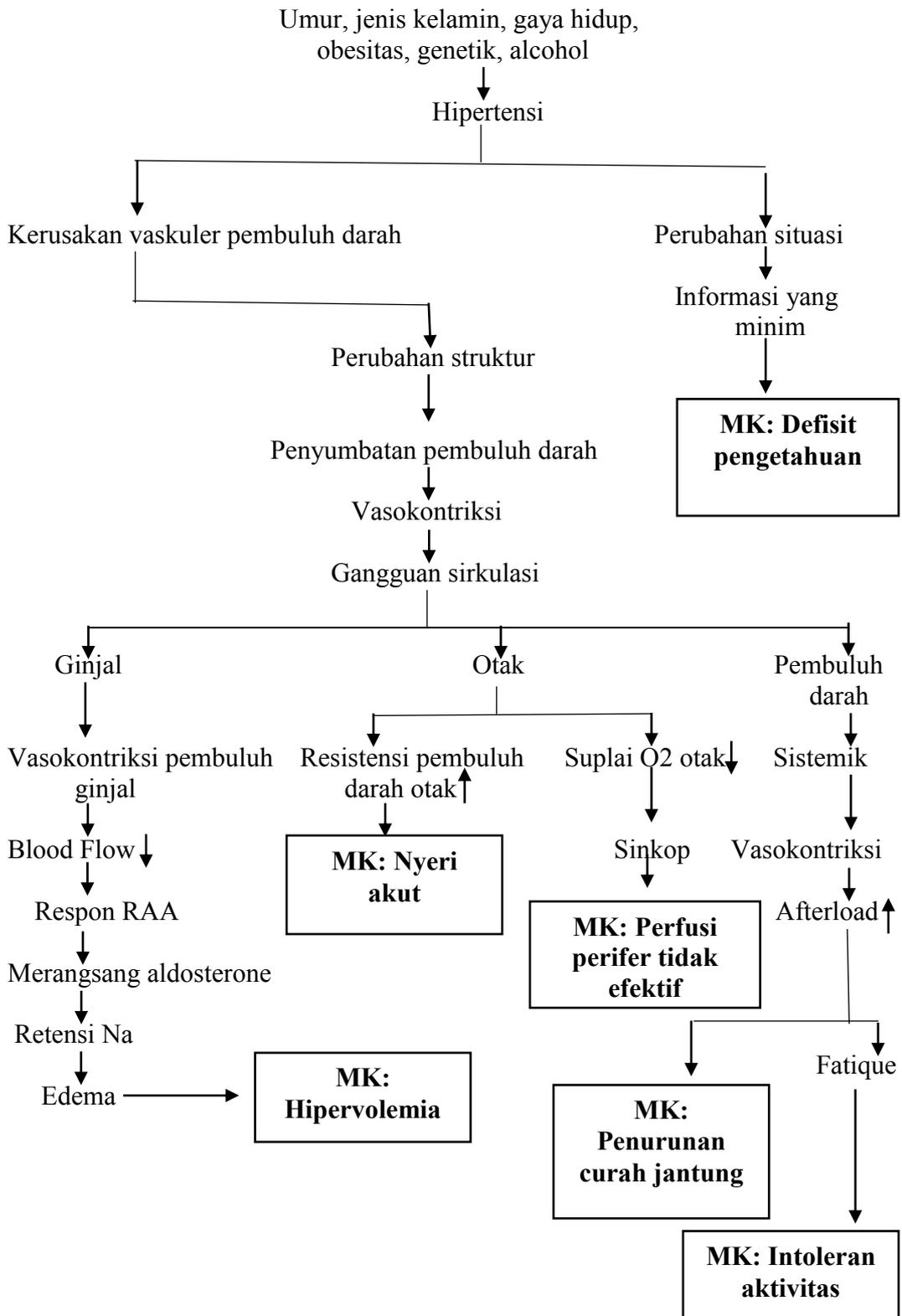
5. Menjalankan pemeriksaan yang tidak tepat
menurun

3. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

1. Jelaskan faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan
 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
-

2.4 WOC Hipertensi



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. S dengan diagnosis medis Hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 13 Januari 2022. Asuhan keperawatan gerontik ini dilakukan dari Pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar (Identitas)

Pasien adalah seorang ibu bernama Ny. S berusia 75 tahun, beragama islam, pasien sudah menikah, pendidikan terakhir pasien SD, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa jawa dan bahasa indonesia. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama \pm 4 tahun. Pasien sebagai ibu rumah tangga. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu anaknya. Pasien dahulu pernah mempunyai usaha warung makan di daerah Surabaya. Pasien masuk ke UPTD Griya Wredha pada tanggal 7 November 2018.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Pasien mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke belakang tengkuk leher sejak 5 hari yang lalu, nyeri dirasakan saat bangun tidur sekitar pukul 02.00 dini hari, nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk atau cekot-cekot dan hilang timbul dengan skala nyeri 6 selama 5-10 menit.
2. Keluhan Yang Dirasakan Tiga Bulan Terakhir : pasien mengatakan 3 bulan terakhir ini sering mengeluhkan pusing atau nyeri kepala, sulit tidur karena

nyeri kepala yang sering kambuh serta memikirkan anaknya.

3. Penyakit Saat Ini : Hipertensi
4. Riwayat Alergi : Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan atau obat-obatan tertentu

3.1.3 Status Fisiologis

1. Postur tulang belakang Ny. S yaitu membungkuk
2. Tanda-tanda vital dan status gizi
 - a. Suhu : 36,6 °C
 - b. Tekanan Darah : 170/90 mmHg
 - c. Nadi : 98 ×/menit
 - d. Respirasi : 20 ×/menit
 - e. Berat Badan : 41 kg
 - f. Tinggi badan : 148 cm.

3.1.4 Perubahan Terkait Proses Menua (Fungsi Fisiologis) :

1. Kondisi Umum

Ny. S merasa lelah jika pusing/nyeri kepala akibat dari adanya peningkatan tekanan darahnya, klien mengatakan adanya perubahan berat badan, 1 bulan yang lalu berat badannya 42 kg dan berat badan saat ini 41 kg dan klien mengatakan kalau tidur malam tidak nyenyak karena nyeri pada kepalanya, klien tidak ngos-ngosan saat melakukan aktivitas dan dada tidak berdebar-debar saat beraktivitas.

2. Integumen

Ny. S tidak ditemukan warna kulit yang abnormal, akral hangat, klien mengalami perubahan kukunya menjadi tebal, lebih gelap dan perubahan

kulitnya menjadi keriput dan kering. Suhu tubuh klien 36.6°C.

3. *Hematopoetic*

Pada pemeriksaan hematopoetic tidak ada perdarahan/memar pada abdomen, tidak ada pembengkakan kelenjar limfa, dan klien tidak anemia. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat transfusi darah.

4. Kepala

Kepala Ny. S bentuk simetris, kulit kepala tampak bersih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka atau lesi. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut panjang dan sering rontok sedikit. Ny. S mengatakan sakit kepala, seperti tertusuk-tusuk (cenut-cenut), dengan skala nyeri 6 dan tidak ada gatal pada kulit kepala.

5. Mata

Pada Ny.S konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak menggunakan kacamata, tidak ada peradangan di kedua mata, mata tidak strabismus, terjadi perubahan penglihatan Ny. S tidak bisa melihat jarak jauh, tidak terjadi gatal di area mata, tidak terjadi bengkak sekitar mata, klien mengatakan tidak bisa membaca tulisan kecil-kecil, tidak foto pobia, tidak terjadi nyeri pada area mata.

6. Telinga

Pada Ny. S kebersihan telinga baik, tidak terdapat serumen berlebih, tidak ada peradangan maupun gangguan pendengaran, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk mendengar. Ny. S mengatakan ketika dipanggil orang dapat mendengar dengan jelas dan klien mengatakan berisik ketika mendengar dengan nada tinggi.

7. Hidung dan Sinus

Pada Ny. S bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat perdarahan, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu. hidung tidak terjadi rinorea (pilek), tidak mengalami epistaksis, tidak terjadi penyempitan pada pernafasan. tidak mendengkur, tidak terjadi nyeri pada hidung, dan tidak memiliki alergi.

8. Mulut dan Tenggorokan

Pada Ny. S kebersihan mulut baik, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menela, ditemukan membrane mukosa kering, tidak ada lesi, tidak ada gigi palsu, tidak terdapat alat protesa, tidak ada riwayat infeksi dan tidak terjadi perubahan suara pada klien. Klien mengatakan menggosok giginya setiap hari secara rutin dan tidak ada masalah dalam kebiasaan membersihkan giginya.

9. Leher

Pada Ny. S tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis, terjadi kekakuan tetapi tidak mengalami keterbatasan gerak dan tidak terdapat benjolan.

10. Dada

Pada Ny. S bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing atau suara napas tambahan lainnya, tidak ada lesi ataupun jejas pada dada.

11. Pernapasan

Klien tidak batuk, tidak sesak dan tidak ada sputum. Tidak terjadi heomopteses (batuk berdarah) tidak terjadi mengi dan tidak memiliki

asma/alergi pada pernafasan. Tingkat pernafasan klien 20x/menit.

12. Kardiovaskuler

Klien tidak terjadi ortopnea (bernafas tidak nyaman saat berbaring), tidak terjadi perubahan warna pada kaki, tidak terjadi varises, dan tidak terjadi kesemutan. Pada sistem kardiovaskuler tidak terjadi nyeri pada dada, tidak mengalami edema. Pada sistem kardiovaskuler tidak terdapat bunyi jantung tambahan. Tekanan darah klien 170/90 mmHg dan Nadi klien 98x/menit.

13. Gastro Intestinal

Klien tidak mengalami nyeri ulu hati, tidak terjadi mual/muntah, tidak terjadi Hematemesis (Muntah darah), tidak mengalami diare, tidak mengalami konstipasi, tidak terjadi melena, tidak mengalami Hemoroid (Wasir), tidak mengalami perdarahan rectum dan tidak mengalami perubahan nafsu makan, Pada Ny. S bentuk perut normal, tidak terdapat distensi abdomen, tidak terdapat nyeri tekan, bising usus 12x/menit, tidak ada massa.

14. Perkemihan

Pada sistem perkemihan klien mengatakan sering kencing di malam hari dan BAK 5-6 kali dalam sehari, tidak ada nyeri saat BAK dan tidak ada perdarahan.

15. Genito Reproduksi Wanita

Pada sistem genito reproduksi wanita tidak ada lesi, tidak terjadi rabas, tidak ada perdarahan pasca senggama (pasien adalah seorang janda) dan tidak ada nyeri pelvis. Klien tidak memiliki penyakit kelamin dan tidak

terjadi infeksi, tidak ada hemoroid, tidak ada hernia

16. Muskuloskeletal

Klien mengatakan terkadang merasakan nyeri pada sendinya terutama pada lutut dan punggungnya, dan jika nyeri kambuh pasien hanya memijat lutut agar nyeri menjadi berkurang, pasien tidak terdapat fraktur, kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) bebas, keadaan umum lemah, tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, reflek bisep +/+, reflek trisep +/+, kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555

17. Persyarafan

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

Pengkajian nyeri :

P : saat bangun tidur (hipertensi)

Q : seperti tertusuk-tusuk (cekot-cekot)

R : kepala dan tengkuk leher

S : 6

T : Hilang timbul (5-10 menit)

Pemeriksaan *Nervous* :

a. NI : Ny. S dapat mencium bau minyak kayu putih

b. NII : Lapang pandang +/+

- c. NIII, NIV, NVI : Pupil mengecil saat terkena cahaya, lapang pandang luas
- d. NV : Reflek kornea langsung
- e. NVII : Pasien dapat mendengarkan suara gesekan jari pada kedua telinga.
- f. NIX, NX : Gerakan ovula simetris, reflek menelan +
- g. NXI : Sternokleidomastoid terlihat
- h. NXII : Lidah simetris.

18. Sistem Endokrin

Kulit klien menjadi tipis, kering dan rambut klien menjadi putih, tipis, sering rontok.

3.1.5 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

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

2. Fasilitas

UPTD Griya Wreda tidak terdapat peternakan namun memiliki kolam ikan. Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 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. Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan rata.

4. Komunikasi

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

3.1.6 Pengkajian *Negative Functional Consequences*

1. Kemampuan ADL (*Activity Daily Living*)

Tabel 3.1 Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (*Indeks Barthel*)

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

Interpretasi: Pada Ny. S didapatkan total kemampuan ADL yaitu 95 dan termasuk dalam kategori ketergantungan ringan dimana Ny. S mampu melakukan kegiatan secara mandiri yaitu mulai dari pemeliharaan kesehatan diri, makan, minum, toileting, berpakaian, kontrol BAB dan BAK, ambulasi, transfer kursi/bed, namun pasien membutuhkan pegangan tangga/railing tangga yang digunakan pasien saat naik/turun tangga.

2. Test Keseimbangan

Tabel 3.2 *Time Up Go Test*

No.	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1.	13 Januari 2022	Pasien hanya bisa mengangkat satu kaki selama 3 detik
2.	14 Januari 2022	Pasien jalan kaki dari tempat tidur ke pintu 10 detik
	Rata-rata Waktu TUG	13 detik
	Interpretasi Hasil	Tidak Terjadi Resiko jatuh

Interpretasi: Pada Ny. S didapatkan total waktu yaitu 13 detik dan termasuk dalam kategori tidak terjadi resiko jatuh/resiko jatuh rendah, dimana Ny. S dapat mengangkat satu kaki selama 3 detik dan mampu berjalan dari tempat tidur ke pintu dengan waktu 10 detik.

3. Aspek Kognitif

Tabel 3.3 MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	NilaiKlien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar :Tahun : 2022 Hari: Kamis Musim : kemarau Bulan: Januari Tanggal : 13
2	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada ? Negara: Indonesia Panti : werda Propinsi: Jawa Timur Wisma: angrek Kabupaten/kota : Surabaya
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas),kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi, 2). Meja, 3). Kertas

4	Perhatian dan kalkulasi	5	2	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93, 2). 86, 3). 79, 4). 72, 5). 65
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	7	Menanyakan pada klien tentang benda (sambilmenunjukkan benda tersebut). 1). Buku 2). Pensil Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : tidak ada, dan, jika, atau tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri3 langkah. Ambil kertas ditangan anda Lipat dua Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. “Tutup mata anda” Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk 
	Total Nilai	30	25	Tidak ada gangguan kognitif

Interpretasi hasil : Total MMSE Pada Ny. S didapatkan bahwa pasien mampu menjawab 25 pertanyaan dari 30 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga termasuk dalam kategori tidak ada gangguan kognitif pada Ny. S.

4. Tingkat Kerusakan Intelektual

Tabel 3.4 SPMSQ (*Short Portable Mental Status Quesioner*)

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
✓		1	Tanggal berapa hari ini ?
✓		2	Hari apa sekarang ?
✓		3	Apa nama tempat ini ?
✓		4	Dimana alamat anda ?
✓		5	Berapa umur anda ?
✓		6	Kapan anda lahir ?

✓		7	Siapa presiden Indonesia ?
✓		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
✓		9	Siapa nama ibu anda ?
	✓	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
JUMLAH	1		

Intrepretasi hasil : Pada Ny. S didapatkan bahwa dari 10 pertanyaan pasien bisa menjawab 9 pertanyaan dengan baik, didapatkan jawaban yang salah 1 yang artinya Ny. S memiliki fungsi intelektual utuh.

5. Pengkajian Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi

Tabel 3.5 Pengkajian Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi

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

Intrepretasi hasil : Pada Ny. S didapatkan bahwa pasien memiliki hasil penilaian 2 dan termasuk dalam kategori tidak depresi.

6. Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ

Tabel 3.6 Pengukuran Kemandirian dengan Indeks KATZ

Skor	Interpretasi
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah tempat, kamar mandi/kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua aktivitas kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktivitas kecuali mandi, berpakaian, kamar mandi/kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, kamar mandi/kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut.
H	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C,D dan E

Interpretasi pada Ny. S didapatkan skor “A” mampu dengan mandiri memenuhi kebutuhan ADL seperti makan, BAK/BAB, berpindah, mandi dan berpakaian.

3.1.7 Pengkajian Psikososial dan Spiritual

Hubungan Ny. S dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Hubungan Ny. S dengan orang lain di UPTD Griya Wreda hanya sebatas kenal karena Ny. S jarang pergi jauh dari kamarnya. Kebiasaan Ny. S selalu berinteraksi dengan orang disekitarnya. Pada Ny. S didapatkan bahwa pasien tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosi yang stabil, pasien selalu melakukan aktivitas ibadah atau sholat dimusholla, jika nyeri kepala tidak kambuh biasanya pasien selalu mengikuti kegiatan senam pagi.

3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Pada Ny. S ditemukan data bahwa pasien mengeluh nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke belakang tengkuk leher sejak 5 hari yang lalu, nyeri dirasakan saat bangun tidur sekitar pukul 02.00 dini hari, nyeri yang dirasakan seperti di

tusuk-tusuk atau cekot-cekot dan hilang timbul dengan skala nyeri 6 selama 5-10 menit. Ny. S makan 3x/hari dengan porsi habis. Ny. S minum \pm 1800 cc/hari. Ny. S mengatakan sulit tidur saat malam, terkadang baru tertidur sekitar pukul 22.00 wib dan selalu terbangun pada pukul 02.00 wib dan mandi pukul 04.00 WIB dan tidak tidur siang. Saat melakukan patroli malam pukul 22.30 WIB perawat mendapati pasien masih terbangun sendirian ditempat tidur disaat teman teman sekamarnya sedang tertidur. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur atau didepan kamar sambil melihat TV dan terkadang saat nyeri hilang pasien mengikuti kegiatan senam dan terapi aktivitas di UPTD Griya Wreda, dan sesekali pasien berjalan-jalan disekitar kamar. Frekuensi BAB sekitar 1-2 kali BAB dan konsistensi feses lunak. Frekuensi BAK sekitar 5-6 kali sehari dan lebih sering BAK pada malam hari, pasien mampu melakukan toileting secara mandiri dan tidak ada gangguan saat BAK ataupun BAB. Ny.S mandi 2-3 x/ hari dengan mandiri, memakai lotion, minyak kayu putih, bedak dan ganti baju.

3.2 Lembaran Pemberian Terapi

Tabel 3.7 Lembar Pemberian Terapi Pada Ny. S

Medika	Dosis	Medikasi
Amlodipine	10 mg (0-0-1)	Untuk menurunkan tekanan darah pada kondisi hipertensi
Vit B Complex	1-0-0	Untuk membantu memenuhi kebutuhan vitamin B kompleks didalam tubuh
Asam Mefenamat	500mg (2 x 1)	Untuk meredakan rasa nyeri

3.3 Analisa Data Keperawatan

Nama Pasien : Ny. S

Ruang/Kamar : Anggrek

Umur : 75 tahun

No. Reg : 123xxx

Tabel 3.8 Analisa Data Keperawatan

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS: Pasien mengeluhkan nyeri pada kepala dan menjalar ke tengkuk leher Pemeriksaan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : saat bangun tidur (hipertensi) - Q : seperti tertusuk-tusuk (cekot-cekot) - R : kepala dan tengkuk leher - S : 6 - T : Hilang timbul (5-10 menit) <p>DO: Pasien tampak meringis kesakitan menahan nyeri, selalu memijat dan memegang kepalanya, sulit untuk tidur. Pemeriksaan TTV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 170/90 mmHg - N: 20 x/mnt - RR: 98x/mnt - S: 36,6°C 	<p>Agen pencedera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler cerebral</p>	<p>Nyeri Akut (SDKI, D.0077. Hal:172)</p>
2.	<p>DS: Pasien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena merasa pusing dan nyeri pada kepala serta pasien selalu memikirkan tentang anaknya yang sudah lama tidak menjenguknya.</p> <p>DO: Pasien tampak lesu, mata merah, cemas dan sering menguap, pola tidur lansia kurang lebih 5 jam dalam sehari dan tidak tidur siang.</p>	<p>Kurang kontrol tidur : akibat nyeri kepala dan tengkuk leher</p>	<p>Gangguan Pola Tidur (SDKI, D.0055. Hal: 126)</p>
3.	<p>DS: Pasien mengatakan sebelumnya sudah tahu bahwa dirinya memiliki penyakit hipertensi akan tapi pasien belum memahami tentang penyakit tersebut</p>	<p>Kurang Terpapar Informasi</p>	<p>Defisit Pengetahuan (SDKI D.0111. Hal. 246)</p>

	DO: <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak menunjukan sikap atau perilaku yang tidak sesuai anjuran seperti saat meminum obat- Pasien tampak bingung jika ditanyai tentang penyakit hipertensi- Pasien memiliki persepsi yang salah terkait hipertensi		
--	--	--	--

3.4 Prioritas Masalah Keperawatan

Tabel 3.9 Prioritas Masalah Keperawatan

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler cerebral (SDKI, D.0077. Hal: 172)	13 Januari 2022	15 Januari 2022	<i>LIDYA</i>
2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur : akibat nyeri kepala dan tengkuk leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)	13 Januari 2022	15 Januari 2022	<i>LIDYA</i>
3.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (SDKI D.0111. Hal. 246)	13 Januari 2022	15 Januari 2022	<i>LIDYA</i>

3.5 Rencana Intervensi Keperawatan

Tabel 3.10 Rencana Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler cerebral (SDKI D.0077. Hal. 172)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi membaik (60-100 x/mnt) 2. Pola napas membaik (12-20 x/mnt) 3. Tekanan darah membaik (120/80 mmHg) 4. Keluhan nyeri menurun (skala nyeri menurun) 5. Meringis menurun 6. Gelisah menurun 7. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi kualitas, instensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan terapi pijat dan tarik napas dalam (TND) 2. Control lingkungan yang memperberat nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetic 2. Kolaborasi dalam pemberian antihipertensi

2.	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol tidur : akibat nyeri kepala dan tengkuk leher (SDKI, D.0055. Hal: 126)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Kesulitan tidur membaik 2. Keluhan sering terjaga membaik 3. Keluhan tidak puas tidur membaik 4. Keluhan pola tidur berubah membaik 5. Keluhan istirahat tidak cukup membaik	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi factor peggangu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman peggangu tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Batasi waktu tidur siang 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur 2. Anjurkan untuk menghindari makanan dan minuman peggangu tidur 3. Ajarkan relaksassi otot autopenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
3.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (SDKI D.0111. Hal. 246)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan sesuai topik meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 5. Menjalankan pemeriksaan yang tidak tepat menurun	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media Kesehatan 2. Jadwalkan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

3.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.11 Implementasi Keperawatan Pada Ny. S

No.	Nomor Diagnosis Keperawatan	Tgl & Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	1,2,3	Kamis, 13/01/2022 2 09.05 WIB	1) Mengkaji tanda-tanda vital Hasil : TD: 170/90 mmHg N:20 x/mnt RR: 98 x/mnt S: 36,6°C	IJDYA	13-01-2022 13.00 WIB	Diagnosis 1: S: Ny. S mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke belakang tengkuk leher sedikit berkurang - P : saat bangun tidur dan beraktivitas (Hipertensi) - Q : seperti tertusuk-tusuk (cekot-cekot) - R : kepala dan tengkuk leher - S : Skala nyeri 5 - T : Hilang timbul (5-10 menit) O: - Pasien tampak melakukan teknik nafas dalam dan menghirup aroma minyak kayu putih yang disukai pasien sebagai aroma terapi - Memijat kepala serta tengkuk leher - Pasien tampak menyeringai dan memegang bagian kepala - Px tampak sedikit rileks - TTV : TD: 170/90 mmHg N:20 x/mnt RR: 98x/mnt S: 36,6°C A: Masalah belum teratasi P: Intervensi 2,3,4,5,6,7,9,14,17,18,20 dilanjutkan	IJDYA
	1	09.10 WIB	2) Melakukan pengkajian nyeri secara berkala Hasil : Ny. S mengatakan sakit kepala dan daerah tengkuk leher dengan skala nyeri 6				
	1	09.15 WIB	3) Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : Pasien tampak menyeringai menahan sakit dan memegang kepalanya				
	1	09.20 WIB	4) Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien Hasil : Pasien mengatakan tidur hanya 5 jam dalam sehari dan beberapa hari ini tidak pernah tidur siang serta sering terbangun saat tidur				
	2	09.25 WIB	5) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik & psikologis) Hasil : Pasien mengatakan merasa nyeri pada kepala yang menjalar ke tengkuk leher dan selalu memikirkan tentang anaknya yang sudah lama tidak menjenguknya				

2	09.30 WIB	6) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan Pasien menerima informasi Hasil : Px mengatakan sebelumnya sudah tahu bahwa dirinya memiliki penyakit hipertensi akan tapi pasien belum memahami tentang penyakit tersebut dan saat ini px ingin mengetahui penyebab dan pencegahan atau cara mengontrol hipertensi			Diagnosis 2 : S: Pasien mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena nyeri pada kepala yang menjalar ke tengkuk leher dan pasien sering memikirkan tentang anaknya yang sudah lama tidak menjenguknya. O: pasien tampak lesu, mata merah, dan tampak cemas, px tampak sering menguap, pola tidur lansia kurang lebih 5 jam dalam sehari dan tidak tidur siang A: Masalah belum teratasi P: Intervensi 2,3,4,5,6,7,9,14,17,18,20 dilanjutkan
3	09.35 WIB	7) Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien Hasil : Ny. S mengatakan sering sakit kepala dan pasien mempunyai riwayat Hipertensi			
1	09.40 WIB	8) Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam dengan aroma minyak kayu putih dan memijat kepala untuk memberikan rasa nyaman dan rileks Hasil : Pasien mengatakan merasa nyaman dan agak rileks			
1,2	09.45 WIB	9) Mengajarkan pada px tentang pola hidup sehat seperti rajin olahraga, makan-makanan yang bergizi dan berserat, minum air putih yang banyak dan istirahat yang cukup Hasil : Pasien menyimak dan bersedia melakukannya			Diagnosis 3 : S : Px mengatakan sebelumnya sudah tahu bahwa dirinya memiliki penyakit hipertensi dan saat ini mengatakan mulai memahami tentang penyakit yang dideritanya (Hipertensi). O : - Pasien tampak antusias dalam mendengarkan perawat menjelaskan tentang hipertensi - Pasien tampak antusias dalam bertanya - Pasien mulai menunjukkan sikap yang tepat sesuai anjuran perawat
1,2,3	12.00 WIB	10) Menjelaskan pentingnya tidur yang cukup Hasil : Pasien menyimak dan bersedia melakukannya			

2	12.05 WIB	11) Menganjurkan menghindari makanan / minuman pengganggu tidur Hasil : Pasien mengatakan tidak pernah meminum kopi			A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi 2,3,4,5,6,7,9,14,17,18,20 dilanjutkan
2	12.10 WIB	12) Menganjurkan px istirahat yang cukup Hasil : Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri kepala dan tengkuk leher			
2	12.15 WIB	13) Menjelaskan materi terkait hipertensi (definisi, penyebab, pencegahan, komplikasi dll) Hasil : Px mampu menyimak dan kooperatif			
3	12.20 WIB	14) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya Hasil : Px tampak kooperatif dan mudah menerima masukan dari perawat			
3	12.35 WIB	15) Menganjurkan pasien untuk mengurangi atau menghindari makan yang dapat memicu timbulnya hipertensi serta patuh terhadap jadwal minum obat Hasil : Pasien bersedia mengikuti anjuran perawat dan tampak kooperatif			
3	12.40 WIB	16) Menganjurkan pasien untuk berdoa dan melakukan teknik relaksasi sebelum tidur Hasil : Pasien menyimak dan bersedia melakukannya			
2	13.00 WIB	17) Menganjurkan untuk terlibat dalam kegiatan aktivitas kelompok, bermain atau lainnya Hasil : Pasien mengatakan sebelumnya selalu			

	1,2,3	13.05 WIB	<p>mengikuti kegiatan yang terselenggara di panti</p> <p>18) Mengajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis, kelelahan dll) Hasil : Pasien mengatakan jika lelah dan saat pusing px memilih untuk beristirahat dikamar</p>				
	2	13.10 WIB	<p>19) Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain / dokter tentang obat yang diberikan pada pasien Hasil : Pemberian obat Amlodipine 10 mg (0-0-1) pada malam hari dan vitamin B Complex 1-0-0 pada pagi hari, asam mefenamat 2x1</p>				
2.	1	Jumat 14/01/2022 2 06.00 WIB	<p>1) Mengkaji tanda-tanda vital Hasil : TD: 130/70 mmHg N:20 x/mnt RR: 89 x/mnt S: 36,00°C</p>	IJDYA	14-01-2022 13.30 WIB	<p>Diagnosis 1: S: Ny. S mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar ke tengkuk leher mulai berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: merasa nyeri saat bangun tidur (Hipertensi) - Q: nyeri terasa seperti nyut-nyutan - R: bagian kepala dan tengkuk leher - S: 4 (0-10) - T: Hilang timbul (3-5) menit <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu memperagakan teknik yang diajarkan perawat dengan pijatan dan tarik napas dalam - Klien tampak lebih segar dan rileks - Klien tampak sedikit menyeringai - TTV : TD: 130/70 Suhu: 36,00 °C 	IJDYA
	1	06.10 WIB	<p>2) Melakukan pengkajian nyeri secara berkala Hasil : Ny. S mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar ke tengkuk leher mulai berkurang dengan skala nyeri 4</p>				
	1	06.15 WIB	<p>3) Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : Pasien tampak sedikit menyeringai menahan sakit</p>				
	2	06.20 WIB	<p>4) Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien Hasil : Px mengatakan tadi malam dapat tidur lebih awal tapi masih sering terbangun di malam hari</p>				

	2	06.25 WIB	5) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik & psikologis) Hasil : Px mengatakan merasa nyeri pada tengkuk leher dan selalu memikirkan tentang anaknya yang tidak menjenguknya			RR: 20 x/mnt Nadi : 89 x/mnt	
	3	06.30 WIB	6) Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam memahami materi tentang hipertensi yang telah disampaikan Hasil : Px mengatakan sudah memahami tentang penyakitnya dan akan mencoba untuk menghindari makanan dan kegiatan yang dapat memicu timbulnya hipertensi			A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi nomer 1,2,3,4,5,7,8,9,11 dilanjutkan	
	1,2	07.00 WIB	7) Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan aroma minyak kayu putih dan memijat kepala untuk memberikan rasa nyaman dan rileks Hasil : Pasien dapat memperagakan teknik relaksasi dengan baik dan pasien tampak rileks			Diagnosis 2 : S: Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur tadi malam tapi masih terbangun di malam hari O: pasien tampak segar dan rileks , dan tampak sedih jika menceritakan tentang anaknya, pasien tidak tampak sering menguap, pola tidur pasien meningkat menjadi 6 jam dalam sehari	
	3	07.05 WIB	8) Mengevaluasi pemahaman dan tindakan yang sesuai terkait hipertensi Hasil : Px mampu menjelaskan terkait penyakit hipertensi dan px kooperatif			A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi nomer 1,2,3,4,5,7,8,9,11 dilanjutkan	
	2	07.10 WIB	9) Menganjurkan pasien untuk tetap berdoa dan melakukan teknik relaksasi sebelum tidur Hasil : Pasien menyimak dan bersedia melakukannya			Diagnosis 3 : S : Px mengatakan sudah memahami tentang penyakitnya dan akan mencoba untuk menghindari makanan dan kegiatan yang dapat memicu timbulnya hipertensi O :	
	1,2,3	07.20 WIB	10) Menganjurkan untuk terlibat dalam kegiatan aktivitas kelompok, bermain atau lainnya			- Pasien mampu menjelaskan dan mengulangi kembali terkait materi hipertensi yang telah diajarkan	

	1	07.25 WIB	<p>Hasil : Pasien mengatakan pagi ini mengikuti kegiatan senam yang ada di UPTD Griya Wreda</p> <p>11) Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain / dokter tentang obat yang diberikan pada pasien Hasil : Pemberian obat Amlodipine 10 mg (0-0-1) pada malam hari dan vitamin B Complex 1-0-0 pada pagi hari, asam mefenamat 2x1</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak antusias dalam menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat - Pasien mulai menunjukkan sikap yang tepat sesuai anjuran perawat <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi nomer 1,2,3,4,5,7,8,9,11 dilanjutkan</p>	
3.	1	Sabtu 15/01/2022 2 15.00 WIB	<p>1) Mengkaji tanda-tanda vital Hasil : TD: 120/70 mmHg N:20 x/mnt RR: 80 x/mnt S: 36,2°C</p>	IJDYA	15-01-2022 19.00 WIB	<p>Diagnosis 1 :</p> <p>S: Ny. S mengatakan sudah tidak nyeri pada kepala tapi masih merasa kaku dan sedikit nyeri pada tengkuk leher</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: merasa nyeri setelah bangun tidur - Q: nyeri terasa seperti nyut-nyutan - R: bagian belakang tengkuk leher - S: 2 (0-10) - T: Hilang timbul (1-2) menit <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan baik - Klien tampak tenang dan segar - Klien mampu mengikuti kegiatan senam / harian - Skala nyeri menurun dari 6 menjadi 2 - TTV: TD: 120/70 mmHg Suhu : 36,2 °C RR: 20 x/mnt Nadi: 80 x/mnt <p>A: Masalah teratasi</p>	IJDYA
	1	15.05 WIB	<p>2) Melakukan pengkajian nyeri secara berkala Hasil : Ny. S mengatakan sudah tidak nyeri pada kepala tapi masih merasa kaku dan sedikit nyeri pada tengkuk leher dengan skala nyeri 2</p>				
	1	15.10 WIB	<p>3) Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Hasil : Pasien tampak rileks dan tenang</p>				
	2	15.15 WIB	<p>4) Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien Hasil : Px mengatakan tadi malam dapat tidur lebih awal dan sudah tidak terbangun di malam hari, pasien juga mengatakan tadi siang tidur sekitar 1 jam.an</p>				
	2	15.20 WIB	<p>5) Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik & psikologis)</p>				

			Hasil : Px mengatakan merasa kaku dan sedikit nyeri pada tengkuk leher			P: Intervensi dihentikan	
1,2	15.25 WIB	6)	Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan aroma minyak kayu putih dan memijat kepala untuk memberikan rasa nyaman dan rileks Hasil : Pasien dapat memperagakan teknik relaksasi dengan baik dan pasien tampak rileks			Diagnosis 2 : S: Ny. S mengatakan tadi malam dapat tidur lebih awal dan sudah tidak terbangun di malam hari, pasien juga mengatakan tadi siang tidur sekitar 1 jam.an O: Pasien tampak segar dan rileks, pasien tidak tampak sering menguap, pola tidur pasien mulai membaik menjadi 7 jam dalam sehari A: Masalah teratasi	
3	15.40 WIB	7)	Mengevaluasi pemahaman dan tindakan yang sesuai terkait hipertensi Hasil : Px mampu minum obat dengan teratur dan mengikuti senam pagi			P: Intervensi dihentikan.	
2	16.00 WIB	8)	Menganjurkan pasien untuk tetap berdoa dan melakukan teknik relaksasi sebelum tidur Hasil : Pasien menyimak dan bersedia melakukannya			Diagnosis 3 : S : Px mengatakan sudah memahami tentang penyakitnya dan akan mencoba untuk menghindari makanan dan kegiatan yang dapat memicu timbulnya hipertensi O : - Pasien mulai menunjukkan sikap yang tepat sesuai anjuran perawat - Pasien mampu minum obat dengan teratur dan mengikuti senam pagi	
1	18.00 WIB	9)	Melakukan kolaborasi dengan tim medis lain / dokter tentang obat yang diberikan pada pasien Hasil : Pemberian obat Amlodipine 10 mg (0-0-1) pada malam hari dan vitamin B Complex 1-0-0 pada pagi hari, asam mefenamat 2x1			A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan	

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan gerontik pada pasien Ny. S dengan Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 13 Januari sampai dengan 15 Januari 2022. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan gerontik ini di mulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

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

4.1.1 Identitas

Pada tinjauan pustaka lansia Hipertensi yaitu sering menyerang pada usia 55- 65 tahun, bahkan ketika usia 65 tahun, jumlah penderita hipertensi pada wanita justru lebih banyak, dikarenakan pada usia ini umumnya wanita sudah mengalami menopause, dimana kadar estrogen saat menopause menurun, hormon estrogen memiliki efek perlindungan vaskuler yang mampu meningkatkan produksi antioksidan untuk mengurangi stress dan mencegah peradangan dalam tubuh, oleh karena itu, kadar estrogen yang rendah dapat menurunkan fungsi tersebut dan kondisi inilah yang menyebabkan wanita lebih rentang terkena hipertensi (Basuki, 2017). Data yang didapatkan, Ny. S berjenis kelamin perempuan, berusia 75 tahun. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak

ditemukan kesenjangan. Karena semakin bertambahnya usia berpotensi menyebabkan pengerasan pembuluh darah. Pengerasan tersebut mengurangi kelenturan pembuluh arteri besar dan aorta, sehingga hipertensi pada lansia terjadi. Berkurangnya kelenturan pembuluh arteri besar dan aorta berkaitan dengan adanya perubahan pada enzim plasma renin di dalam tubuh. Akibatnya, tubuh mengalami retensi cairan dan tidak dapat membuang garam dari dalam tubuh dengan baik. Pada lansia, kondisi ini dapat meningkatkan terjadinya tekanan darah tinggi.

Pada tinjauan pustaka didapatkan data tidak semua pekerjaan apalagi yang bukan pegawai akan dapat uang pensiunan. Juga dapat mempengaruhi tingkat stress dan depresi (semakin rendah uang pensiunan yang diterima maka semakin tinggi tingkat stress dan depresi tersebut). Sehingga akan menyebabkan peningkatan tekanan darah (Basuki, 2017). Pada tinjauan kasus didapatkan data bahwa pasien berkerja sebagai pedagang (wiraswasta), pedagang tersebut tidak memiliki uang pensiunan dan penghasilan yang tidak mesti didapat, didapatkan kesimpulan bahwa penghasilan pedagang yang tidak menentu menyebabkan pasien mengeluh dan stress, hal tersebut bisa membuat hipertensi pasien kambuh. Jadi, antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan.

4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

Pada tinjauan pustaka didapatkan keluhan utama yang biasanya dirasakan oleh klien dengan hipertensi adalah mengeluh nyeri kepala atau rasa berat di tengkuk (Basuki, 2017). Pada tinjauan kasus didapatkan pemeriksaan pasien mengatakan nyeri pada kepala dan menjalar sampai kebelakang tengkuk leher sejak 5 hari yang lalu, nyeri dirasakan saat bangun tidur sekitar pukul 02.00 dini

hari, nyeri yang dirasakan seperti di ditusuk-tusuk (cekot-cekot) dan hilang timbul dengan skala nyeri 6 selama 5-10 menit. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan. Nyeri kepala pada hipertensi disebabkan karena adanya kerak pada pembuluh darah atau aterosklerosis sehingga elastisitas kelenturan pada pembuluh darah menurun. Aterosklerosis tersebut menyebabkan spasme pada pembuluh darah (arteri), sumbatan dan penurunan O₂ (oksigen) yang akan berujung pada nyeri kepala atau distensi dari struktur di kepala (Kowalak, Welsh, dan Mayer 2012, hlm.180).

Pada tinjauan pustaka dinyatakan bahwa hipertensi merupakan penyakit yang diturunkan (Basuki, 2017). Pada tinjauan kasus dijelaskan bahwa ibu pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan bapak klien memiliki riwayat penyakit *diabetes mellitus*, pasien juga mengatakan bahwa dirinya memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2010. Dengan begitu, antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan.

Pada tinjauan pustaka dijelaskan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi bahwa obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita (Vandra Junizar Putra, 2019). Pada tinjauan kasus didapatkan data bahwa klien mengkonsumsi obat amlodipine dengan dosis 10 mg, amlodipine adalah golongan obat antihipertensi dengan golongan antagonis kalsium (calcium channel blocker). Jadi, antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan.

Pada tinjauan pustaka dijelaskan bahwa lansia dengan hipertensi sering disebabkan karena mengkonsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30 gram),

kegemukan atau makan berlebih (Triyanto, 2020). Pada tinjauan kasus didapatkan data klien mengatakan pada saat ini makanan yang dikonsumsi oleh pasien sudah sesuai yaitu dengan frekuensi 1 porsi 3x sehari dengan jenis makanan yang tidak mengandung garam, namun pasien memiliki pola makan yang kurang baik sebelum masuk di UPTD Griya Wreda yaitu pasien lebih banyak mengonsumsi makanan mengandung banyak garam dan gula dikarenakan saat dirumah pasien lebih menyukai makanan yang cenderung asin dan minuman yang manis, dimana hal tersebut menunjukkan bahwa sebelum masuk di UPTD Griya Wreda pasien memiliki manajemen pola makan yang kurang baik (tidak melakukan diet rendah garam) sehingga hal tersebut dapat memicu terjadinya hipertensi pada lansia. Jadi, antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan kesenjangan. Dampak diet tinggi garam pada penderita hipertensi yaitu mampu meningkatkan retensi cairan di ginjal, menyebabkan denervasi baroreseptor arteri, interupsi saraf afferen ginjal, dan reaktivitas vaskular yang dapat meningkatkan tekanan darah.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

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

1. Sistem Pernapasan

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia secara umum ditemukan mengi oleh jalan nafas yang sempit pada titik dimana dinding yang berlawanan bersentuhan, ronkhi atau bunyi gemuruh terdengar lebih jelas pada saat ekspirasi. Pada klien hipertensi tidak ditemukan batuk, sesak

nafas, hemopteses, sputum, asma/alergi pernafasan (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data klien tidak batuk, tidak sesak dan tidak ada sputum. Tidak terjadi heomopteses (batuk berdarah) tidak terjadi mengi dan tidak memiliki asma/alergi pada pernafasan. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan. Penderita hipertensi dengan manifestasi klinis gangguan pada sistem pernafasan adalah penderita yang mengalami penyakit hipertensi paru atau pulmonary hypertension yaitu kondisi tekanan darah tinggi pada pembuluh darah paru yang terhubung ke jantung sehingga menimbulkan sesak nafas (Novita Permatasari, 2020).

2. Sistem Kardiovaskuler

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia secara umum dan penderita hipertensi biasanya mengalami dispnea pada aktifitas, tidak ditemukan nyeri dada, palpitasi, sesak nafas, dispnea nokturnal paroksimal, ortopnea, murmur, edema, varises, kaki timpang, paresthesia dan perubahan warna kaki (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data klien tidak terjadi ortopnea (bernafas tidak nyaman saat berbaring), tidak sesak nafas, tidak terjadi perubahan warna pada kaki, tidak terjadi varises, dan tidak terjadi kesemutan. Pada sistem kardiovaskuler tidak terjadi nyeri pada dada, tidak mengalami edema. Pada sistem kardiovaskuler tidak terdapat bunyi jantung tambahan. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan. Penderita hipertensi mudah lelah saat beraktivitas karena saat tekanan darah tinggi terjadi, jantung pun bekerja lebih ekstra dan membesar. Ketika jantung membesar, jantung ini akan

meminta lebih banyak oksigen. Tetapi, jantung akan kesulitan dalam mempertahankan aliran darah yang tepat. Hasilnya, penderita tekanan darah tinggi akan merasa lelah dan tidak bisa melakukan aktivitas fisik Yunia Pratiwi (2020).

3. Sistem Persyarafan

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia dengan hipertensi didapatkan data sakit pada kepala. Tidak ditemukan data kejang, serangan jantung, paralisis, paresis, masalah koordinasi, tic/tremor/spasme, parastesia, cedera kepala, masalah memori (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data pasien mengatakan nyeri atau sakit pada kepala dan menjalar sampai kebelakang tengkuk leher sejak 5 hari yang lalu, nyeri dirasakan saat bangun tidur sekitar pukul 02.00 dini hari, nyeri yang dirasakan seperti di ditusuk-tusuk (cekot-cekot) dan hilang timbul dengan skala nyeri 6 selama 5-10 menit. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terjadi kesenjangan.

4. Sistem Perkemihan

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia secara umum sering mengalami inkontinensia urin dan nokturia. Frekuensi urin mengalami perubahan. Pada lansia dengan hipertensi yang mendapat terapi diuretik mengatakan sering BAK. Tidak ditemukan data disuria, menetes, hematuria, poliuria, oliguria, nyeri saat berkemih, batu, infeksi (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data pada sistem perkemihan klien mengatakan BAK 5-6 kali dalam sehari dan lebih sering BAK pada malam hari. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak mengalami

kesejangan. Pada sistem perkemihan lansia mengalami perubahan fisiologis, seperti penurunan kapasitas kandung kemih, peningkatan kontraksi kandung kemih dan ketika tingkat estrogen menurun maka lapisan uretra menipis dan otot yang mengelilingi pelvis menjadi lemah, dimana hal ini dapat menyebabkan ekskresi urine secara tidak sengaja dan peningkatan produksi urine di malam hari (nokturia), nokturia sendiri adalah peringatan terhadap reaksi dari obat-obatan yang dikonsumsi seperti obat diuretik, obat jantung ataupun obat psikiatri (Meiner,2019). Pada tinjauan kasus dijelaskan bahwa klien mendapatkan terapi obat amlodipine 10 mg (0-0-1) pada malam hari, dimana amlodipine digunakan dalam pengobatan penyakit jantung.

5. Sistem Pencernaan

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia mengalami perubahan nafsu makan pada saat hipertensi kambuh. Tidak ditemukan data disfagia, tidak dapat mencerna, nyeri pada ulu hati, mual/muntah, hematemesis, intoleran dengan makanan, ulkus, nyeri, ikterik, benjolan/massa, diare, konstipasi, melena, hemoroid, perdarahan rectum dan pola defekasi biasanya (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan data pasien tidak mengalami nyeri ulu hati, tidak terjadi mual/muntah, tidak terjadi Hematemeis (Muntah darah), tidak mengalami diare, tidak mengalami konstipasi, tidak terjadi melena, tidak mengalami Hemoroid (Wasir), tidak mengalami perdarahan rectum dan tidak mengalami perubahan nafsu makan. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan. Opini saya yaitu seorang lansia akan mengalami perubahan sensitifitas pada indra pengecap dan perasa yang

berdampak pada penurunan nafsu makan (Rina,Fitriana.2015).

6. Sistem Musculoskeletal

Pada tinjauan pustaka didapatkan data pada lansia secara umum mengalami nyeri pada persendian, kram, kelemahan otot, nyeri punggung, masalah cara berjalan dan tidak olahraga. Pada lansia dengan hipertensi ditemukan data kekakuan pada tengkuk leher. Tidak ditemukan data pembengkakan sendi, deformitas, spasme, protesa (Muhammad Yusuf, 2018). Pada tinjauan kasus didapatkan pasien mengatakan tidak mengalami nyeri pada sendi, pasien mengalami kekakuan pada tengkuk lehernya ketika hipertensi kambuh dan terkadang pasien merasakan nyeri atau kaku pada punggung dan pinggangnya. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak mengalami kesenjangan. Karena Bertambahnya usia bukan hanya membuat sendi dan tulang menjadi kaku, melainkan juga membuat produksi cairan sinovial yang berfungsi sebagai pelumas menjadi berkurang. Akibatnya, lansia rentan mengalami pergesekan antara tulang dan sendi, menyebabkan tulang rawan menipis dan menimbulkan gejala fisik yang mengganggu aktivitas (Fadhli Rizal Makarim, 2019).

7. Sistem Endokrin

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

tinjauan kasus tidak ada kesenjangan.

4.2 Diagnosis Keperawatan

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

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

Pengkajian data yang diambil dari diagnose tersebut adalah keluhan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke belakang tengkuk leher sejak 5 hari yang lalu, nyeri dirasakan saat bangun tidur sekitar pukul 02.00 dini hari, nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk atau cekot-cekot dan hilang timbul dengan skala nyeri 6 selama 5-10 menit, pasien tampak menyeringai menahan nyeri, tampak memegangi kepalanya dan mengatakan sulit tidur, pemeriksaan TTV didapatkan hasil tekanan darah : 170/90 mmHg, suhu : 36,6°C, nadi : 98x/menit, dan RR : 20x/menit.

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsungkurang dari 3 bulan, yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersifat protektif, gelisah frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Disertai dengan tanda dan gejala minor meliputi : TD meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis (PPNI, T. P. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)). Hasil penelitian (Aisyah, 2017), nyeri adalah pengalaman sensori

dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. Rasa nyeri pada hipertensi biasanya disebabkan oleh adanya peningkatan tekanan vaskuler cerebral. Nyeri yang terjadi pada lansia akan memiliki dampak fisiologis seperti peningkatan respirasi rate, muka pucat, nafas cepat, pernyataan non verbal seperti menangis, mendengkur, meringis, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan tangan, menurunnya kontak /interaksi social (focus dengan nyeri, menghindari percakapan). Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan.

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

Pengkajian data yang diambil dari diagnose kasus dengan teori terdapat kesenjangan, dimana diagnose teori tidak mencantumkan diagnose pola tidur sedangkan pada diagnose kasus mendapatkan masalah gangguan pola tidur, karena diagnose tersebut sesuai dengan kondisi lansia, yaitu lansia mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena merasa pusing dan nyeri pada kepala serta pasien selalu memikirkan tentang anaknya yang sudah lama tidak menjenguknya, pasien tampak lesu, mata merah, cemas dan sering menguap, pola tidur lansia kurang lebih 5 jam dalam sehari dan tidak tidur siang, pasien juga lebih sering berdiam diri dikamar saat nyeri kepala terjadi.

Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal, yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh

tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah dan mengeluh istirahat tidak cukup. Disertai tanda dan gejala minor meliputi : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Adapun kondisi klinis yang terkait dalam diagnose gangguan pola tidur yaitu adanya nyeri dan kecemasan (PPNI, T. P. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)). Opini saya yaitu sesuai data pengkajian yang saya ambil gangguan pola tidur pada pasien hipertensi disebabkan karena adanya rasa nyeri pada kepala dan tengkuk leher yang timbul akibat resistensi pembuluh darah otak yang meningkat, dimana jika nyeri dirasakan pada malam hari dapat membuat pasien sering terbangun dan pola tidur menjadi berubah.

3. Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (SDKI D.0111. Hal. 246)

Pengkajian data yang diambil dari diagnose tersebut adalah pasien mengatakan sebelumnya sudah tahu bahwa dirinya memiliki penyakit hipertensi akan tapi pasien belum memahami tentang penyakit tersebut, pasien tampak menunjukkan sikap atau perilaku yang tidak sesuai anjuran seperti saat meminum obat, pasien tampak bingung jika ditanyai tentang penyakit hipertensi, pasien memiliki persepsi yang salah terkait hipertensi.

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu yang ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah. Disertai tanda dan gejala minor meliputi : menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis,

bermusuhan, agitasi, histeria) (PPNI, T. P. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)). Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Opini saya yaitu adanya informasi yang minim dan pengetahuan yang kurang terhadap penyakit/hipertensi dapat menyebabkan perilaku hidup lansia yang kurang baik dalam mengontrol hipertensi serta tidak tepatnya pemilihan keputusan ataupun pengobatan hipertensi.

4.3 Intervensi Keperawatan

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

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

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi Nyeri Akut yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : frekuensi nadi membaik (60-100 x/mnt), pola napas membaik (12-20 x/mnt), tekanan darah membaik (120/80 mmHg), keluhan nyeri menurun (skala nyeri menurun), meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Intervensi yang diberikan yaitu observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi kualitas, instensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik : Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam), fasilitas istirahat dan tidur, control

lingkungan yang memperberat nyeri (menghindari kebisingan dan pencahayaan yang cukup). Edukasi : jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi : kolaborasi pemberian analgesik, kolaborasi dalam pemberian antihipertensi.

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

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

3. Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (SDKI D.0111. Hal. 246)

Tujuan yang ingin penulis capai dalam intervensi Defisit Pengetahuan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan sesuai topik meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, menjalankan pemeriksaan yang tidak tepat menurun. Intervensi yang diberikan yaitu observasi : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik : sediakan materi dan media kesehatan, jadwalkan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi : jelaskan faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan , ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4.4 Implementasi Keperawatan

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

SOAP didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan

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

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

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

Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi factor pengganggu tidur, mengidentifikasi makanan dan minuman pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, membatasi waktu tidur siang, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, menetapkan jadwal rutin tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, menganjurkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan untuk menghindari makanan dan minuman pengganggu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, mengajarkan nonfarmakologi dengan tarik napas dalam dan pijatan pada kepala.

3. Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (SDKI D.0111. Hal. 246)

Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. menyediakan materi dan media kesehatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

4.5 Evaluasi Keperawatan

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

Evaluasi pada tanggal 13 Januari 2022 Ny. S mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke belakang tengkuk leher sedikit berkurang, P : saat bangun tidur dan beraktivitas, (Hipertensi), Q : seperti tertusuk-tusuk (cekot-cekot), R : kepala dan tengkuk leher, S : Skala nyeri 5, T : Hilang timbul (5-10 menit). pasien mampu melakukan teknik nafas dalam dan menghirup aroma minyak kayu putih yang disukai pasien sebagai aroma terapi, memijat kepala serta tengkuk leher, tampak sedikit menyeringai dan agak sedikit rileks, TD: 170/90 mmHg, N:20 x/mnt, RR: 98x/mnt, S: 36,6°C, dan Ny.S mendapat terapi amlodipine 10 mg (0-0-1) dan asam mefenamat 500 mg 2x1 dikonsumsi sesuai resep.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2022 Ny. S mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar ke tengkuk leher mulai berkurang, P: merasa nyeri

saat bangun tidur (Hipertensi), Q: nyeri terasa seperti nyut-nyutan, R: bagian kepala dan tengkuk leher, S: 4 (0-10), T: Hilang timbul (3-5) menit, klien mampu mempragakan teknik napas dalam yang diajarkan perawat dengan pijatan dan tarik napas dalam, klien tampak lebih segar dan rileks, klien tampak sedikit menyeringai, TD: 130/70, Suhu: 36,00 °C, RR: 20 x/mnt Nadi : 89 x/mnt dan Ny.S mendapat terapi amlodipine 10 mg (0-0-1) dan asam mefenamat 500 mg 2x1 dikonsumsi sesuai resep.

Evaluasi pemberian intervensi edukasi manajemen nyeri teratasi sebagian pada hari ke-3 tanggal 15 Januari 2022 karena tercapainya tujuan intervensi yaitu Ny. S mengatakan sudah tidak nyeri pada kepala tapi masih merasa kaku dan sedikit nyeri pada tengkuk leher dengan skala nyeri turun menjadi 2, Ny. S mampu mengontrol rasa nyeri saat nyeri timbul, tampak rileks, Ny. S mengatakan melakukan tarik napas dalam saat nyeri dan Ny.S mendapat terapi amlodipine 10 mg (0-0-1) dan asam mefenamat 500 mg 2x1 dikonsumsi sesuai resep.

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

Evaluasi pada tanggal 13 Januari 2022 Ny. S mengatakan susah tidur dan sering terbangun saat tidur karena nyeri pada kepala yang menjalar ke tengkuk leher dan pasien sering memikirkan tentang anaknya yang sudah lama tidak menjenguknya, pasien tampak lesu, mata merah, dan tampak cemas, px tampak sering menguap, pola tidur lansia kurang lebih 5 jam dalam sehari dan tidak tidur siang

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2022 Ny. S mengatakan sudah mulai bisa tidur tadi malam tapi masih terbangun di malam hari, pasien tampak segar dan rileks , dan tampak sedih jika menceritakan tentang anaknya, pasien tidak tampak sering menguap, pola tidur pasien meningkat menjadi 6 jam dalam sehari

Evaluasi pemberian intervensi dukungan tidur pada Ny. S tercapai pada hari ke-3 tanggal 15 Januari 2022 karena pola tidur membaik dengan hasil Ny. S mengatakan tadi malam tidur sekitar pukul 21.00 WIB dan terbangun pukul 04.00 WIB dengan pola tidur sudah mulai membaik yaitu 7 jam tidur malam dan 1 jam tidur siang, Ny. S dapat tertidur dengan menerapkan relaksasi napas dalam dan pijatan, menetapkan jadwal tidur malam pukul 21.00 – 05.00 WIB dan menetapkan jadwal tidur siang pukul 13.00 – 14.00 WIB.

3. Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (SDKI D.0111. Hal. 246)

Evaluasi pada tanggal 13 Januari 2022 Ny. S mengatakan sebelumnya sudah tahu bahwa dirinya memiliki penyakit hipertensi dan saat ini mengatakan mulai memahami tentang penyakit yang dideritanya (Hipertensi), pasien tampak antusias dalam mendengarkan perawat menjelaskan tentang hipertensi, pasien tampak antusias dalam bertanya, pasien mulai menunjukkan sikap yang tepat sesuai anjuran perawat

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2022 Ny. S mengatakan sudah memahami tentang penyakitnya dan akan mencoba untuk menghindari makanan dan kegiatan yang dapat memicu timbulnya hipertensi, pasien

mampu menjelaskan dan mengulangi kembali terkait materi hipertensi yang telah diajarkan, pasien tampak antusias dalam menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat, pasien mulai menunjukkan sikap yang tepat sesuai anjuran perawat

Evaluasi pada pemberian intervensi edukasi kesehatan pada Ny. S tercapai pada hari ke-3 tanggal 15 Januari 2022 karena tingkat pengetahuan pasien membaik dengan hasil Ny. S mengatakan sudah memahami tentang penyakitnya dan akan mencoba untuk menghindari makanan dan kegiatan yang dapat memicu timbulnya hipertensi, pasien mengikuti senam pagi dan terapi aktivitas yang ada di UPTD Griya Wreda dan pasien patuh minum obat secara rutin setiap harinya sesuai dosis yang telah diberikan dokter.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan gerontik secara langsung pada pasien dengan kasus Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik pasien dengan Hipertensi.

5.1 Simpulan

1. Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke belakang tengkuk leher sejak 5 hari yang lalu, nyeri dirasakan saat bangun tidur sekitar pukul 02.00 dini hari, nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk atau cekot-cekot dan hilang timbul dengan skala nyeri 6 selama 5-10 menit. Hasil TTV TD: 170/80 mmHg, Nadi: 20 x/mnt, RR: 98x/menit, Suhu: 36,6°C.
2. Berdasarkan analisa data didapatkan diagnosis keperawatan yang diangkat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler cerebral, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur : akibat nyeri kepala dan tengkuk leher, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
3. Perencanaan keperawatan pada Ny. S disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan tujuan utama tingkat nyeri menurun, pola tidur yang membaik, tingkat pengetahuan membaik.

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

5.2 Saran

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

1. Bagi Lahan Praktik

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

2. Bagi Lansia

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

3. Bagi Perawat

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

4. Bagi Penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Agrina, Rini, S. S., & Hairitama, R. (2017). *Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi Dalam Pemenuhan Diet Hipertensi*. 46–53.
- Agustina, S., Sari, S. M., Savita, R., Studi, P., Keperawatan, I., Hang, S., & Pekanbaru, T. (2020). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi Pada Lansia di Atas Umur 65 Tahun Factors Related with Hypertension on The Elderly over 65 Years*. 2(01).
- Aini, N., & Sumarno, M. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Nyeri Akut Pada Diagnosis Hipertensi Di Kelurahan Kebonagung Purworejo Kota Pasuruan*.
- Aisyah, S. (2017). *Manajemen Nyeri Pada Lansia Dengan Pendekatan Non Farmakologi*. 2(1).
- Akbar, F., Nur, H., & Humaerah, U. I. (2020). *Karakteristik Hipertensi Pada Lanjut Usia Di Desa Buku (Characteristics Of Hypertension In The Elderly)*. 5(2), 35–42.
- Hernawan, T., & Rosyid, F. N. (2017). *Pengaruh Senam Hipertensi Lansia Terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi Di Panti Werda Darma Bhakti Kelurahan Pajang Surakarta*. 10(1), 26–31.
- Jayani, D. H. (2021). *Presentase Lansia Menurut Kelompok Pengeluaran Rumah Tangga*. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/12/23/lansia-paling-banyak-dari-ekonomi-termiskin-pada-2021>
- Ningrum, I. C. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. H Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Diagnosis Medis Hipertensi Di Desa Balong Kecamatan Sidoarjo*.
- Nopidrawati, N. P. (2018). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Lansia Hipertensi Dengan Nyeri Akut Di UPT Kesmas Sukawati 1 Gianyar*.
- Nuraisyah, F., & Kusumo, H. R. (2021). *Edukasi Pencegahan dan Penanganan Hipertensi untuk Meningkatkan Kualitas Hidup pada Lansia*. 1(2), 35–38.
- Pancawati, K. (2018). *Asuhan Keperawatan Penerapan Terapi Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi di Wilayah Kelurahan Tandang Kecamatan Tembalang Kota*.

- Priyantono, R. F. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Lansia Yang Mengalami Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di UPTD Groya Werdha Surabaya*. http://digilib.unusa.ac.id/data_pustaka-23108.html
- Putra, V. J. (2019). *Asuhan Keperawatan Hipertensi Pada Ib . A dengan Pemberian Slow Deep Breathing Di Wisma Delima Panti Sosial Tresna Werdha Kasih Sayang Ibu Batusangkar*.
- Safitri, A. R., & Ismawati, R. (2018). *Efektifitas Teh Buah Mengkudu Dalam Menurunkan Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi (Studi di UPTD . Griya Werdha Kota Surabaya Tahun 2018) Effectiveness Noni fruit tea In Lowering Blood Pressure Elderly With Hypertension*. 163–171.
<https://doi.org/10.20473/amnt.v2.i2.2018.163-171>
- Sumartini, N. P., Zulkifli, & Adhitya, M. A. P. (2019). *Pengaruh Senam Hipertensi Lansia Terhadap Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Cakranegara Kelurahan Turida Tahun 2019*. 1(2), 47–55.
- Syarli, S., & Arini, L. (2021). *Faktor Penyebab Hipertensi Pada Lansia: Literatur Review*.
- Wardani, D. A. (2018). *Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember Jember Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember Jember*.
- Zaenurrohmah, D. H., & Riris Diana Rachmayanti. (2017). *Hubungan pengetahuan dan riwayat hipertensi dengan tindakan pengendalian tekanan darah pada lansia*. June, 174–184.
<https://doi.org/10.20473/jbe.v5i2.2017.174-184>

Lampiran 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Lidya Novita Sari

NIM : 213.0048

Progam Studi : Pendidikan Profesi Ners

Tempat,Tanggal Lahir : Surabaya, 25 Mei 1999

Umur : 23 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Nama Orang Tua : Ludi Prawono dan Masriana

Agama : Islam

Alamat : Jl. Dukuh Kupang Utara No 225

No Hp : 081248685255

Email : lidyasari2505@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Simo Mulyo V Surabaya : Lulus Tahun 2011
2. SMP Negeri 25 Surabaya : Lulus Tahun 2014
3. SMK Kesehatan Nur Medika Surabaya : Lulus Tahun 2017
4. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah : Lulus Tahun 2021

Riwayat Organisasi :

1. Lingkungan Hidup SMPN 25 Surabaya
2. OSIS SMK Kesehatan Nur Medika Surabaya
3. Saka Bakti Husada SMK Kesehatan Nur Medika Surabaya
4. UKM KSR STIKES Hang Tuah Surabaya
5. UKM Jurnalistik STIKES Hang Tuah Surabaya.

Lampiran 2

MOTTO dan PERSEMBAHAN

“ Bermimpilah seakan kau akan hidup selamanya. Hiduplah seakan kau akan mati hari ini serta Dua hal yang wajib diingat :

1. Allah: Tuhan akan selalu ada untukmu kapanpun dan dimanapun kamu berada
2. Kedua Orang Tua: Ridhaallahu fii ridhaalwaalidaini waa suhtullahu fii suhtul waa lidaini”

Persembahan :

1. Ayah dan Ibu saya, Bapak Ludi Prawono dan Ibu Masriana yang selalu memberi dukungan baik materil, hingga spiritual.
2. Kakak, adik serta keponakan tercinta Silvi Chintya Dewi, Livya Nur Aini Fitro, Aflah, Varen, yang selalu menjadi penghibur ketika jenuh terhadap rutinitas dan proses penyusunan ini.
3. Untuk saudara-saudaraku “Cucu Ibu Konasri dan Pak Suwito” (Pipit, Silvan, Dewi) yang selalu memberikan dukungan, dan hiburan disela-sela pengerjaan Karya Ilmiah Akhir ini.
4. Kakak senior saya (Ifvadatul Deviany, Siti hajijah, Febriansyah Wahyu Iromi) yang selalu memberikan dukungan semangat tanpa batas, hiburan disaat jenuh, sabar mengajariku selama kuliah di STIKES Hang Tuah Surabaya.
5. Untuk sahabat tersayang saya (Safirah Hasnah, Reza Meidita Sari, Ghitha Putri Immarta Dewi, Aliffian Sabrina Atika) yang selalu memberikan dukungan, dan hiburan disela-sela pengerjaan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Seluruh teman-teman saya yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu proses penyelesaian Karya Akhir Ilmiah ini..

7. Untuk kebaikan Ramanda Putra Rizky Prayuka yang tak bisa saya sebutkan satu-persatu, terimakasih atas dukungan dalam segala bentuk selama penyusunan ini.

Lampiran 3

	<p style="text-align: center;">Standar Operasional Prosedur (SOP) Teknik Mengatasi Nyeri Atau Relaksasi Nafas Dalam</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri. Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien dengan tepat 2. Pikiran beristirahat 3. Lingkungan yang tenang
<p>Tujuan</p>	<p>Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri</p>
<p>Indikasi</p>	<p>Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri kronis</p>
<p>Prosedur pelaksanaan</p>	<p>Tahap prainteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status pasien 2. Mencuci tangan 3. Meyiapkan alat <p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik 2. Validasi kondisi pasien 3. Menjaga perivacy pasien 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada yng kurang jelas 2. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik 3. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara 4. Intruksikan pasien secara perlahan dan

	<p>menghembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap bagian anggota tubuh, pada waktu bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian betapa nikmatnya rasanya</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) 6. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruhan tubuh 7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya 8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi 9. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri <p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil kegiatan 2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 3. Akhiri kegiatan dengan baik 4. Cuci tangan
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat waktu pelaksanaan tindakan 2. Catat respons pasien 3. Paraf dan nama perawat jaga