

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI KELUARAHAN PACAR  
KELING KECAMATAN TAMBAKSARI  
KOTA SURABAYA**



Oleh

**MEI AYU SARI, S.Kep**

**NIM. 2030068**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
TAHUN 2021**

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI KELURAHAN  
PACAR KELING KECAMATAN TAMBAKSARI  
KOTA SURABAYA**

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



**Oleh :**

**MELAYU SARL, S.Kep**

**NIM. 2030068**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
TA. 2020**

## HALAMAN PENYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mei Ayu Sari, S.Kep  
NIM. : 2030068  
Tanggal Lahir : Surabaya, 13 Mei 1998  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Pada gerontik pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis hipertensi. di kelurahan pacar keling kecamatan tambaksari kota surabaya.

saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan 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, 22 Juli 2021



Mei Ayu Sari , S.Kep

NIM.2030068

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Mei Ayu Sari, S.Kep  
NIM : 2030068  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. Ndengan  
Diagnosa Medis Hipertensi Di kelurahan Pacar Keling  
Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya

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

**NERS (Ns)**

**Surabaya, Juli 2020**

**Pembimbing**



**Hidavatus Sya'divah, S.Kep., Ns., M.Kep.**

**NIP. 03009**

**Mengetahui,**

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

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB**

**NIP. 03020**

## HALAMAN PENGESAHAN

Proposal dari :  
Nama : Mei Ayu Sari, S.Kep  
NIM. : 2030068  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan keperawatan Gerontik Pada Ny. Ndengan  
Diagnosa Medis Hipertensi Di kelurahan Pacar Keling  
Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Imiah 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 I : **Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.**  
NIP. 03009



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



Penguji III : **Dini Mei Widavanti, S.Kep., Ns., M.Kep.**  
NIP. 03011



Mengetahui,  
STIKES hang Buah Surabaya

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.**  
NIP.03020

Ditetapkan : Surabaya

Tanggal : 22 Juli 2021

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. Ndengan Diagnosa Medis Hipertensi Di kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya” sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya Ilmiah Akhir ini di susun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa Pendidikan Profesi Ners.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp., Kep. MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

4. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku pembimbing yang telah memberikan kritik, saran, masukan dan meluangkan waktu untuk membimbing penulis demi kesempurnaan penelitian ini.
5. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah begitu banyak membantu dalam kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi dan membimbing penulis selama penulis menuntut ilmu di Program Studi Pendidikan Profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
6. Kedua orangtua saya Ibu Bunasri dan Bapak Goenadi tercinta yang senantiasa mendoakan, mendukung, memotivasi dan memberikan semangat selama proses penyusunan karya ilmiah ini.
7. kakak saya Agus Djunaedi dan istri Murniawati dan adik saya Febriyanti tercinta yang senantiasa *support*, menemani dan memotivasi selama proses penyusunan karya ilmiah ini.
8. Teman-teman Profesi Ners angkatan 11 dan seluruh pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan Allah Yang Maha Pemurah dan penulis berharap bahwa karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semuanya.

Surabaya, 22 Juli 2021

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	11
DAFTAR LAMPIRAN.....	12
DAFTAR SINGKATAN .....	13
BAB 1 PENDAHULUAN .....	14
1.1 Latar Belakang .....	14
1.2 Rumusan Masalah .....	18
1.3 Tujuan Penulisan .....	18
1.3.1 Tujuan Umum.....	18
1.3.2 Tujuan Khusus.....	18
1.4 Manfaat.....	19
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	19
1.4.2 Manfaat Praktisi .....	19
3.1 Metode Penulisan .....	20
3.1.1 Metode.....	20
3.1.2 Teknik Pengumpulan Data .....	20
3.1.3 Sumber Data .....	21
3.1.4 Studi Kepustakaan.....	21
3.2 Sistematika Penulisan.....	21
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	23
2.1 Konsep Lansia .....	23
2.1.1 Definisi Lansia .....	23
2.1.2 Batasan Lanjut Usia .....	23
2.1.3 Tugas Perkembangan Lansia.....	24
2.1.4 Proses Menua .....	24
2.1.5 Perubahan Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia .....	28
2.1.6 Masalah Yang Sering Terjadi Pada Lansia .....	31
2.2 Konsep Hipertensi .....	34
2.2.1 Definisi Hipertensi .....	34
2.2.2 Epidemiologi .....	35
2.2.3 Klasifikasi.....	37

2.2.4	Etiologi .....	38
2.2.5	Manifestasi Klinis .....	40
2.2.6	Patofisiologi .....	41
2.2.7	Web of caution .....	42
2.2.8	Komplikasi .....	43
2.2.9	Pemeriksaan Penunjang.....	44
2.2.10	Penatalaksanaan .....	45
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan .....	47
2.3.1	Pengkajian Keperawatan .....	47
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	51
2.3.3	Intervensi Keperawatan.....	52
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		58
3.1	Pengkajian .....	58
3.1.1	Data Dasar .....	58
3.1.2	Keluhan Utama.....	58
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	58
3.1.4	Riwayat Kesehatan Lampau .....	58
3.1.5	<i>Age related changes</i> (perubahan terkait proses menua) :.....	59
3.1.6	Potensi pertumbuhan psikososial dan spiritual : .....	62
3.1.7	Lingkungan.....	62
3.1.8	<i>Negative functional consequences</i> .....	63
3.1.9	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan .....	65
3.2	Analisa Data .....	67
3.3	Diagnosa Keperawatan.....	68
3.4	Rencana Keperawatan .....	69
3.5	Implementasi Keperawatan .....	72
3.6	Evaluasi Keperawatan .....	80
BAB 4 PEMBAHASAN .....		83
4.1	Pengkajian .....	83
4.1.1	Data Dasar .....	83
4.1.2	Keluhan Utama dan Riwayat Penyakit Sekarang.....	83
4.1.3	Riwayat Kesehatan Lampau .....	84
4.1.4	<i>Age Related Changes</i> (Perubahan Terkait Proses Menua) : Fungsi Fisiologis.....	85
4.1.5	Tes keseimbangan (Time up Go test).....	89
4.1.6	Status Nutrisi .....	90

4.2	Diagnosa Keperawatan.....	93
4.3	Implementasi Keperawatan .....	97
4.4	Evaluasi Keperawatan .....	99
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....		101
5.1	Simpulan.....	101
LAMPIRAN.....		102

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Orang Dewasa .....	33
Tabel 2.2 Intervensi Perfusi jaringan tidak efektif.....	51
Tabel 2.3 Intervensi Pola napas tidak efektif .....	51
Tabel 2.4 Intervensi Gangguan nyaman nyeri .....	52
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan istirahat tidur.....	52
Tabel 2.6 Intervensi Intoleransi aktivitas .....	53
Tabel 2.7 Intervensi defisit pengetahuan .....	53

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 <i>CURRICULUM VITAE</i> .....	115
Lampiran 2 MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	116

**DAFTAR SINGKATAN**

ACE-i	: <i>Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor</i>
ARBs	: <i>Angiotensin II Receptor Blockers</i>
AHA	: <i>American Heart Association</i>
BMR	: <i>Basal Metabolisme Rate</i>
JNC	: <i>Joint National Committee</i>
LDL	: <i>Low Density Lipoprotein</i>
MMSE	: <i>Mini Mental Status Exam</i>
RAAS	: <i>Renin Angiotensin Aldosteron System</i>
SPMSQ	: <i>Short Portable Mental Status Quesioner</i>
WHO	: <i>World Human Organization</i>

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Menurut UU No. 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pasal 1 ayat 2 yang berbunyi lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas”. Lanjut usia merupakan proses mengalami penuaan anatomi, fisiologis dan biokimia pada jaringan organ yang dapat mempengaruhi keadaan fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Fatmah,2010). Pertumbuhan penduduk lanjut usia (lansia) diprediksi akan meningkat cepat di masa yang akan datang terutama di negara-negara berkembang. Indonesia sebagai salah satu negara berkembang juga akan mengalami ledakan jumlah penduduk lansia, kelompok umur 0-14 tahun dan 15-49 tahun berdasarkan proyeksi 2010-2035 menurun. Sedangkan kelompok umur lansia berdasarkan proyeksi 2010-2035 terus meningkat (Kemenkes RI, 2012).

Lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang mencapai usia > 60 tahun (Indonesia. Undang-Undang, 1998). Lansia rentan mengalami penyakit yang berhubungan dengan proses menua salah satunya hipertensi (Azizah, 2011). Hipertensi identik dengan peningkatan tekanan darah melebihi batas normal (Sunardi, 2012). Seseorang dikatakan hipertensi jika hasil pengukuran tekanan darah sistoliknya >140 mmHg dan diastoliknya >90 mmHg (Hartono, 2013).

Penyakit hipertensi ini sering disebut pembunuh diam-diam atau (silent killer karena tidak memberikan gejala yang khas, tetapi bisa

meningkatkan terjadinya kejadian stroke, serangan jantung, penyakit ginjal kronik bahkan dapat menyebabkan kebutaan jika tidak dikontrol dan dikendalikan dengan baik (Yonata & Pratama, 2016).

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan serius yang membutuhkan perhatian karena penyakit hipertensi dapat menyebabkan kematian terutama di negara-negara maju dan negara berkembang. World Health Organization mencatat pada tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi. Jumlah penderita hipertensi di dunia saat ini terus meningkat setiap tahunnya diperkirakan 1,5 miliar kasus pada tahun 2025 atau sekitar 29% dari orang dewasa penduduk dunia menderita hipertensi. Prevalensi hipertensi paling tinggi terdapat di wilayah Afrika sebanyak 46% dan prevalensi terendah di wilayah Amerika sebanyak 35%. Hampir sepertiga dari total jumlah populasi orang dewasa di wilayah Asia Tenggara mengalami penyakit hipertensi. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (2018), menyebutkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia cenderung meningkat menjadi 34,1% yang didapat melalui pengukuran tekanan darah pada usia 18 tahun ke atas.

Angka prevalensi hipertensi di Provinsi Jawa Timur masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka prevalensi di Indonesia, yaitu sebesar 26,2% (Kemenkes RI, 2013). Sementara pada tahun 2016 prosentase prevalensi tekanan darah tinggi sebesar 13,47% (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2017). Kota Surabaya termasuk ke dalam lima besar kota atau kabupaten di Jawa Timur yang memiliki jumlah penderita

hipertensi tertinggi, yaitu sebanyak 45.014 orang atau sebesar 10,43% (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2017).

Berdasarkan penyebabnya hipertensi menjadi hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer merupakan hipertensi dimana etiologi patofisiologinya tidak diketahui. Hipertensi jenis ini tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikontrol. Berdasarkan literatur > 90% pasien dengan hipertensi merupakan hipertensi primer. Beberapa mekanisme yang mungkin berkontribusi untuk terjadinya hipertensi ini telah diidentifikasi, namun belum satupun teori yang tegas menyatakan patogenesis hipertensi primer tersebut. Dampak dari penyakit hipertensi para lansia dapat memicu terjadinya resiko serangan jantung, stroke, dan gagal ginjal (Depkes, 2013). Sedangkan menurut Wahdah (2011) tekanan darah yang terus meningkat mengakibatkan beban kerja jantung yang berlebihan sehingga memicu kerusakan pada pembuluh darah, gagal ginjal, jantung, kebutaan dan gangguan fungsi kognitif pada lansia. Perubahan dalam kehidupan pada penderita hipertensi, merupakan salah satu pemicu terjadinya stress.

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2015 mengemukakan bahwa penatalaksanaan hipertensi meliputi non farmakologi dan farmakologi. Penanganan non farmakologi adalah menjalani pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah, dan secara umum sangat menguntungkan dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain,

maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal, yang harus dijalani setidaknya selama 4 – 6 bulan. Bila setelah jangka waktu tersebut, tidak didapatkan penurunan tekanan darah yang diharapkan atau didapatkan faktor risiko kardiovaskular yang lain, maka sangat dianjurkan untuk memulai terapi farmakologi. Masalah keperawatan yang terjadi yaitu diagnosa pertama ini terdapat kesenjangan antara teori dimana dalam teori menyebutkan penanggulangan secara nonfarmakologi dari hipertensi. Penatalaksanaan hipertensi dilakukan sebagai upaya pengurangan resiko naiknya tekanan darah dan pengobatannya. Dalam penatalaksanaan hipertensi upaya yang dilakukan berupa upaya farmakologis (obat-obatan) dan upaya nonfarmakologis (memodifikasi gaya hidup). Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan oleh banyak guidelines (pedoman) adalah dengan penurunan berat badan, mengurangi asupan garam, olah raga yang dilakukan secara teratur, mengurangi konsumsi alkohol dan berhenti merokok.

Dalam penatalaksanaan hipertensi perawat memiliki peran dalam mengubah perilaku sakit penderita dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko dari sakit yang diderita. Perawat mempunyai peran sebagai educator tentang informasi hipertensi dalam menambah pengetahuan pasien dan dapat membentuk sikap yang positif agar dapat melakukan perawatan hipertensi secara mandiri sehingga komplikasi dapat dicegah. (Cahyono, 2015).

Oleh karena itu, bagi seorang perawat harus mengetahui tentang bagaimana perjalanan 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 Keperawatan Gerontik pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan hipertensi maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan gerontik dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan Gerontik pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya”

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan Gerontik pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Berdasarkan tujuan umum diatas, maka penulisan karya ilmiah akhir ini memiliki tujuan khusus sebagai berikut :

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan Gerontik pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya

2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan Gerontik pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya
3. Mampu membuat perencanaan keperawatan Gerontik pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya
4. Mampu membuat implementasi keperawatan Gerontik pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya
5. Mampu membuat evaluasi keperawatan Gerontik pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Dengan adanya karya ilmiah akhir mengenai asuhan keperawatan Gerontik pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya ini diharapkan dapat menambah wawasan atau pedoman untuk laporan atau studi kasus selanjutnya.

##### **1.4.2 Manfaat Praktisi**

###### **1. Bagi Penulis**

Hasil studi kasus ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus mengenai Hipertensi dan juga sebagai bahan untuk menambah pengetahuan serta menerapkan ilmu

yang telah diperoleh penulis selama menempuh Pendidikan Profesi Ners.

## 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi.

## 3. Bagi Profesi Keperawatan

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

### **3.1 Metode Penulisan**

#### **3.1.1 Metode**

Penulisan karya ilmiah akhir ini menggunakan metode deskriptif, yaitu metode dengan sifat mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kasus kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan Langkah- langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **3.1.2 Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penulisan karya ilmiah akhir ini meliputi :

##### 1. Wawancara

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

##### 2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan baik secara langsung maupun tidak langsung melalui kondisi aktual pasien maupun rekam medis pasien

### 3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa medis dan penanganan selanjutnya

### 3.1.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan untuk memperoleh keterangan tentang kondisi pasien dalam penulisan karya ilmiah akhir ini meliputi

#### 1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien. Namun pada penelitian ini pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan pengambilan data primer.

#### 2. Data Sekunder

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

### 3.1.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

## 3.2 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya ilmiah akhir ini secara keseluruhan akan dibagi menjadi tiga bagian, meliputi :

#### 1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing,

pengesahan, abstrak, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar table, 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 diagnosa medis Hipertensi

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

BAB 4 : Pembahasan, berisi mengenai perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan

BAB 5 : Penutup, berisi mengenai simpulan dan saran

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

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **2.1 Konsep Lansia**

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

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

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

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

1. Usia pertengahan (*Middle Age*) 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*Elderly*) 60-74 tahun

3. Lanjut usia tua (*Old*) 75–90 tahun
4. Usia sangat tua (*Very Old*) di atas 90 tahun.

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

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

### **2.1.3 Tugas Perkembangan Lansia**

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

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

### **2.1.4 Proses Menua**

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

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

1. Teori Biologi

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

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul atau DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi. Sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel-sel kelamin (terjadi penurunan kemampuan fungsional sel).

b. Pemakaian dan rusak

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

c. Reaksi dari kekebalan sendiri (*Auto Immune Theory*)

Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

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

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

- e. Teori Stress

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

- f. Teori Radikal Bebas

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

## 2. Teori Kejiwaan Sosial

- a. Aktivitas atau kegiatan (*Activity Theory*)

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

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

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

c. Kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

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

d. Teori pembebasan (*Disengagement Theory*)

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

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

3. Teori Psikologis

a. Aktivitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

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

b. Kepribadian berlanjut (*Continuity Theory*)

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

c. Teori Pembebasan (*Disengagement Theory*)

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

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

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

1. Perubahan Fisik

- a. Sel: Jumlahnya menjadi sedikit, ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intra seluler.
- b. Persarafan: Cepatnya menurun hubungan persarapan, lambat dalam respon waktu untuk meraksi, mengecilnya saraf panca indra sistem pendengaran, presbiakusis, atrofi membran timpani, terjadinya pengumpulan serum karena meningkatnya keratin.
- c. Sistem penglihatan: Pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinaps, kornea lebih berbentuk speris, lensa keruh,

meningkatnya ambang pengamatan sinar, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang.

- d. Sistem Kardiovaskuler: Katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1 % setiap tahun setelah berumur 20 tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meninggi.
- e. Sistem respirasi: Otot-otot pernafasan menjadi kaku sehingga menyebabkan menurunnya aktivitas silia. Paru kehilangan elastisitasnya sehingga kapasitas residu meningkat, nafas berat. Kedalaman pernafasan menurun.
- f. Sistem gastrointestinal: Kehilangan gigi, sehingga menyebabkan gizi buruk, indera pengecap menurun karena adanya iritasi selaput lendir dan atropi indera pengecap sampai 80%, kemudian hilangnya sensitifitas saraf pengecap untuk rasa manis dan asin.
- g. Sistem genitourinaria: Ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi sehingga aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, GFR menurun sampai 50%. Nilai ambang ginjal terhadap glukosa menjadi meningkat. Vesika urinaria, otot-ototnya menjadi melemah, kapasitasnya menurun sampai 200 cc sehingga vesika urinaria sulit diturunkan pada pria lansia yang akan berakibat retensia urine. Pembesaran prostat, 75% dialami oleh pria diatas 55 tahun. Pada vulva terjadi atropi sedang vagina terjadi selaput

lendir kering, elastisitas jaringan menurun, sekresi berkurang dan menjadi alkali.

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

## 2. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah :

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

- b. Kenangan memori ada 2 :
    - 1) Kenangan jangka panjang, berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu
    - 2) Kenangan jangka pendek : 0-10 menit, kenangan buruk
  - c. *Intelegentia Question* :
    - 1) Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal
    - 2) Berkurangnya penampilan, persepsi dan keterampilan psikomotor terjadi perubahan pada daya membayangkan, karena tekanan-tekanan dari factor waktu.
3. Perubahan-Perubahan Psikososial
- a. Pensiun: nilai seorang diukur oleh produktivitasnya, identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan.
  - b. Merasakan atau sadar akan kematian.
  - c. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.

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

masalah yang sering menyertai lansia menurut (Sya'diyah, 2018a) 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. Masalah Gizi

- a. Gizi berlebihan

kebiasaan makan banyak pada masa muda menyebabkan berat badan berlebihan, apalagi lansia penggunaan kalori berkurang karena berkurangnya aktifitas fisik. Kebiasaan makan tersebut sukar diubah walaupun disadari untuk mengurangi makan. Kegemukan yaitu salah satu pencetus berbagai penyakit, misalnya penyakit jantung, diabetes melitus, penyempitan pembuluh darah, dan tekanan darah tinggi (Sya'diyah, 2018a)

- b. Gizi Kurang

hal ini disebabkan oleh masalah-masalah sosial ekonomi dan juga karena gangguan penyakit. konsumsi kalori terlalu rendah dari yang dibutuhkan menyebabkan berat badan berkurang dari normal, disertai kekurangan protein menyebabkan kerusakan sel seperti rambut rontok, tahan terhadap penyakit menurun kemungkinan mudah infeksi pada organ organ tubuh (Sya'diyah, 2018a).

- c. kekurangan vitamin

## 2. Risiko cedera (Jatuh)

### a. faktor risiko internal

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

### b. Faktor risiko eksternal

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

### c. Tindakan

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

(Sya'diyah, 2018a)

## 3. Delirium

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

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

#### 4. Immobilisasi

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

#### 5. Hipertensi

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

## **2.2 Konsep Hipertensi**

### **2.2.1 Definisi Hipertensi**

Hipertensi adalah kelainan sistem sirkulasi darah yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah diatas nilai normal atau tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg (Kemenkes.RI, 2014). Hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya risiko terhadap stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan(Aisyiyah Nur Farida, 2012).

Menurut American Heart Association (AHA), penduduk Amerika

yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi merupakan silent killer dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala penyakit hipertensi adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, muntet (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan(Kemenkes.RI, 2014) .

Hipertensi adalah peningkatan abnormal pada tekanan sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik 120 mmHg. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten, di mana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi lansia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Menurut WHO 1996, batasan tekanan darah normal orang dewasa adalah maksimum 140/90 mmHg. Apabila tekanan darah seseorang di atas angka tersebut pada beberapa kali pengukuran di waktu yang berbeda, orang tersebut bisa dikatakan menderita hipertensi. Penderita hipertensi memiliki resiko lebih besar untuk mendapatkan serangan jantung dan stroke (Suwarsa, 2006).

### **2.2.2 Epidemiologi**

Secara global prevalensi tertinggi peningkatan tekanan darah usia  $\geq 18$  tahun pada tahun 2014 terdapat di Afrika sebesar 30% dan terendah terdapat di Amerika yaitu sebesar 18%. Di kawasan Asia Tenggara, Indonesia menduduki peringkat ke-6 dengan prevalensi hipertensi sebesar

24% setelah Bhutan (27,7%), Timor Leste (26%), Nepal (25,9%), India (25,9%) dan Bangladesh (25,1%), sedangkan prevalensi hipertensi terendah yaitu Srilanka sebesar 21,6%) (WHO, 2015). Prevalensi hipertensi tertinggi di Indonesia berdasarkan pengukuran pada umur  $\geq 18$  tahun menurut hasil Riskesdas 2013 terdapat di Bangka Belitung (30,9%) dan prevalensi kejadian hipertensi terendah terjadi di Papua (16,8%). Dilihat secara Nasional prevalensi kejadian hipertensi pada tahun 2013 di provinsi Bali sebesar 19,9% (Kemenkes.RI, 2014).

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

Sebagai gambaran umum masalah hipertensi sebagai berikut :

1. Prevalensi 6-15% pada orang dewasa sebagai suatu proses degeneratif hipertensi tentu hanya ditemukan pada golongan dewasa. Sebagai suatu proses degenerative hipertensi hanya ditemukan pada golongan dewasa. Ditemukan peningkatan prevalensi menurut peningkatan usia.
2. Hampir 50% penderita tidak menyadari gejala hipertensi sehingga mereka berpotensi untuk menderita hipertensi yang lebih berat karena

tidak menjaga pola makan dan menghindari faktor risiko.

3. Sebanyak 70% adalah hipertensi ringan, karena itu hipertensi banyak terabaikan sampai menjadi ganas ( Hipertensi maligna).
4. Sebanyak 90% hipertensi esensial, yaitu hipertensi yang tidak diketahui dengan jelas penyebabnya, dalam artian sulit untuk mencari bentuk intervensi dan pengobatannya.

### 2.2.3 Klasifikasi

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

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

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

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

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

mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

#### **2.2.4 Etiologi**

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi dua golongan :

##### **3. Hipertensi Esensial**

Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi (Kemenkes.RI, 2014).

##### **4. Hipertensi Sekunder**

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

Penyebab hipertensi pada lanjut usia dikarenakan terjadinya perubahan-perubahan pada; elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, sehingga kontraksi dan volumenya pun ikut menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah karena kurang efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigen, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Brunner & Suddarth, 2000).

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

1. Faktor Keturunan: Jika seseorang memiliki orang-tua atau saudara yang memiliki tekanan darah tinggi, maka kemungkinan ia menderita tekanan darah tinggi lebih besar. Statistik menunjukkan bahwa masalah tekanan darah tinggi lebih tinggi pada kembar identik daripada yang kembar tidak identik. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa ada bukti gen yang diturunkan untuk masalah tekanan darah tinggi. Faktor genetik tampaknya bersifat multifaktorial akibat defek pada beberapa gen yang berperan pada pengaturan tekanan darah.
2. Ciri Perseorangan: Usia; penelitian menunjukkan bahwa seiring usia seseorang bertambah, tekanan darah pun akan meningkat. Anda tidak dapat mengharapkan bahwa tekanan darah anda saat muda akan sama ketika anda bertambah tua. Namun anda dapat mengendalikan agar jangan melewati batas atas yang normal. Jenis kelamin; laki - laki lebih mudah terkena hipertensi dari pada perempuan. Ras; ras kulit hitam lebih banyak terkena hipertensi daripada ras kulit putih.
3. Kebiasaan Hidup:
  - a. Konsumsi garam tinggi (lebih dari 30 gram); garam dapat meningkatkan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang, khususnya bagi penderita diabetes, penderita hipertensi ringan, orang dengan usia tua, dan mereka yang berkulit hitam.
  - b. Makan berlebihan (kegemukan); orang yang memiliki berat badan di atas 30 persen berat badan ideal, memiliki kemungkinan lebih besar menderita tekanan darah tinggi. Kandungan lemak yang berlebih dalam darah Anda, dapat menyebabkan timbunan

kolesterol pada dinding pembuluh darah. Hal ini dapat membuat pembuluh darah menyempit dan akibatnya tekanan darah akan meningkat.

- c. Stres; stres dan kondisi emosi yang tidak stabil juga dapat memicu tekanan darah tinggi.
- d. Merokok; merokok juga dapat meningkatkan tekanan darah menjadi tinggi. Kebiasaan merokok dapat meningkatkan risiko diabetes, serangan jantung dan stroke. Karena itu, kebiasaan merokok yang terus dilanjutkan ketika memiliki tekanan darah tinggi, merupakan kombinasi yang sangat berbahaya yang akan memicu penyakitpenyakit yang berkaitan dengan jantung dan darah.
- e. Alkohol; konsumsi alkohol secara berlebihan juga menyebabkan tekanan darah tinggi. Minum obat - obatan (aphidrine, prednison, epinefrin). Sedangkan penyebab hipertensi sekunder adalah; lesi pada arteri renalis, displasia fibrovaskular, kerusakan ginjal/kelainan ginjal, kelainan endokrin, kerusakan saraf, *sleep-apnea*, *drug - induced* atau *drug-related hypertension*, penyakit ginjal kronik, aldosteronisme primer, penyakit renovaskular, terapi steroid jangka lama dan sindrom *Cushing*, feokromositoma, koarktasio aorta, dan penyakit thyroid atau parathyroid (Brunner & Suddarth, 2000).

### **2.2.5 Manifestasi Klinis**

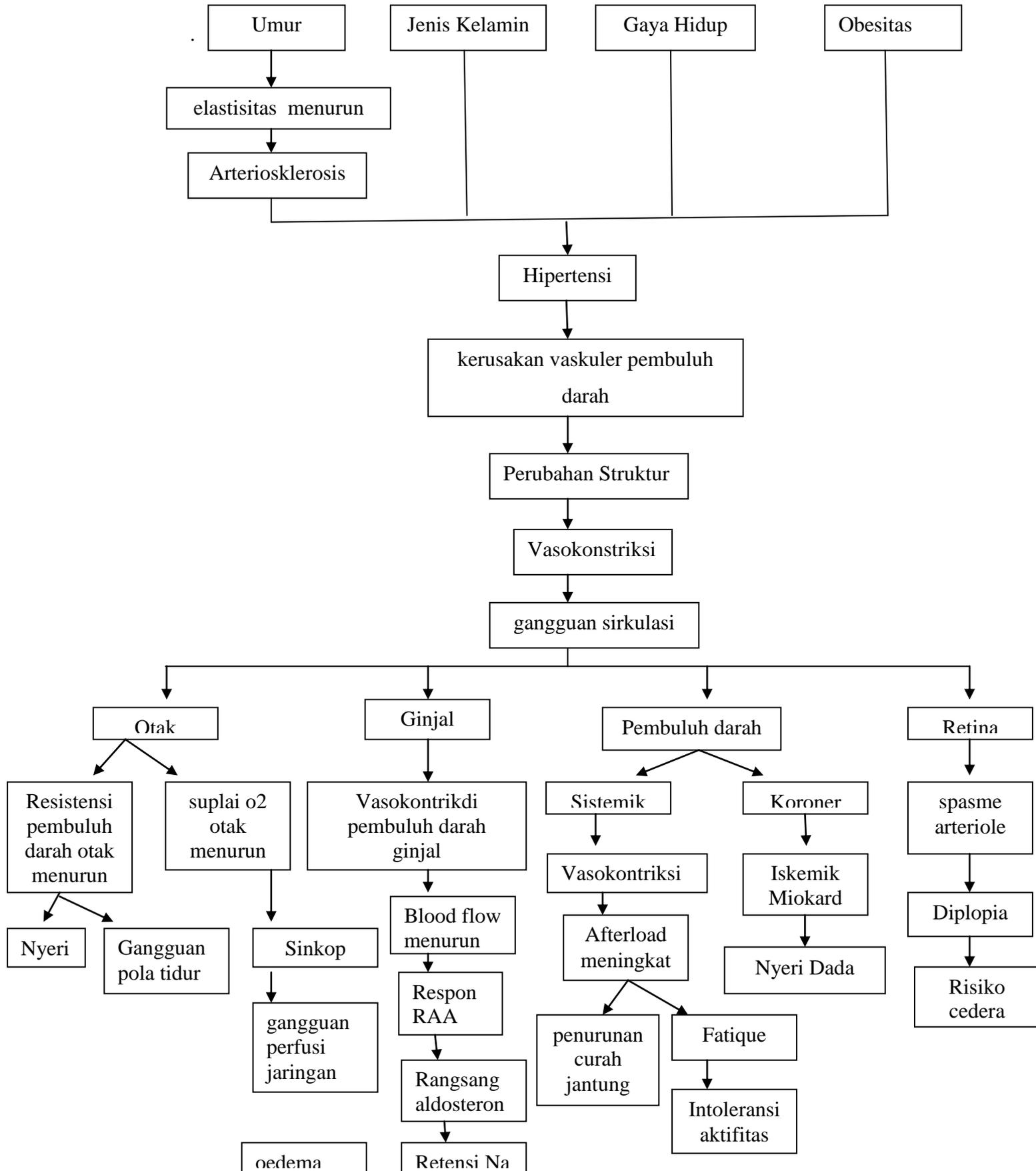
Tanda dan gejala klinis pada klien dengan hipertensi adalah:

- a. Peningkatan tekanan darah > 140/90 mmHg
- b. Sakit kepala
- c. Pusing/migrain
- d. Rasa berat ditengkuk
- e. Penyempitan pembuluh darah
- f. Sukar tidur
- g. Kelemahan
- h. Nokturia
- i. Azotemia
- j. Sulit bernafas saat beraktivitas

#### **2.2.6 Patofisiologi**

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

### 2.2.7 Web of caution



### 2.2.8 Komplikasi

Komplikasi hipertensi menurut Triyanto (2014) adalah :

a. Penyakit jantung

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

b. Ginjal

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

c. Otak

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

d. Mata

Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.

e. Kerusakan pada pembuluh darah arteri

Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteri atau yang sering disebut dengan aterosklerosis

dan arterosklerosis (pengerasan pembuluh darah).

### **2.2.9 Pemeriksaan Penunjang**

1 Hemoglobin / hematokrit

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

2 BUN

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

3 Kalium serum

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

4 Kalsium serum

Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi

5 Kolesterol dan trigliserid serum

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

6 Pemeriksaan tiroid

Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi

7 Kadar aldosteron urin/serum

Untuk mengkaji aldosteronisme primer ( penyebab )

8 Urinalisa

Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.

- 9 Asam urat  
Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
- 10 Steroid urin  
Kenaiakn dapat mengindikasikan hiperadrenalisme
- 11 IVP  
Dapat mengidentifikasi penyebab hieprtensiseperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter
- 12 Foto dada  
Menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katub, perbesaran jantung
- 13 CT scan  
Untuk mengkaji tumor serebral, ensefalopati
- 14 EKG  
Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

#### **2.2.10 Penatalaksanaan**

1. Non farmakologis Menjalani pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah, dan secara umum sangat menguntungkan dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup

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

Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan oleh banyak guidelines adalah :

- a. Penurunan berat badan. Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan manfaat yang lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes dan dislipidemia.
  - b. Mengurangi asupan garam. Dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gr/ hari
  - c. Olah raga. Olah raga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30 – 60 menit/ hari, minimal 3 hari/ minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah.
  - d. Mengurangi konsumsi alkohol. konsumsi alcohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah.
  - e. Berhenti merokok.
2. Terapi farmakologi Secara umum, terapi farmakologi pada hipertensi dimulai bila pada pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan menjalani pola hidup

sehat dan pada pasien dengan hipertensi derajat  $\geq 2$ .

- a. Beberapa prinsip dasar terapi farmakologi yang perlu diperhatikan untuk menjaga kepatuhan dan meminimalisasi efek samping, yaitu : Bila memungkinkan, berikan obat dosis tunggal
- b. Berikan obat generic (non-paten) bila sesuai dan dapat mengurangi biaya
- c. Berikan obat pada pasien usia lanjut ( diatas usia 80 tahun ) seperti pada usia 55 – 80 tahun, dengan memperhatikan faktor komorbid.
- d. Jangan mengkombinasikan angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-i) dengan angiotensin II receptor blockers (ARBs)
- e. Berikan edukasi yang menyeluruh kepada pasien mengenai terapi farmakologi
- f. Lakukan pemantauan efek samping obat secara teratur.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

#### 1. Identitas

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

2. Riwayat keluarga

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

3. Riwayat Pekerjaan

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

4. Riwayat Lingkup Hidup

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

5. Riwayat Rekreasi

Meliputi : hoby/minat, keanggotaan organisasi, dan liburan

6. Sumber/ Sistem Pendukung

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

7. Deskripsi Harian Khusus Kebiasaan Ritual Tidur

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

8. Status Kesehatan Saat Ini

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

## 9. Obat-Obatan

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

## 10. Status Imunisasi

Mengkaji status imunisasi klien pada waktu dahulu

## 11. Nutrisi

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

## 12. Pemeriksaan Fisik

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

- a. Pada pemeriksaan kepala dan leher meliputi pemeriksaan bentuk kepala, penyebaran rambut, warna rambut, struktur wajah, warna kulit, kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea mata, konjungtiva dan sclera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan, tekanan bola mata, cuping hidung, lubang hidung, tulang hidung, dan septum nasi, menilai ukuran telinga, ketegangan telinga, kebersihan lubang telinga, ketajaman pendengaran, keadaan bibir, gusi dan gigi, keadaan lidah, palatum dan orofaring, posisi trakea,

tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis serta denyut nadi karotis.

- b. Pada pemeriksaan payudara meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (warna kemerahan pada mammae, oedema, papilla mammae menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola mammae, apakah ada pengeluaran cairan pada puting susu), palpasi (menilai apakah ada benjolan, pembesaran kelenjar getah bening, kemudian disertai dengan pengkajian nyeri tekan).
- c. Pada pemeriksaan thoraks meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk dada, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas), palpasi (penilaian vocal premitus), perkusi (menilai bunyi perkusi apakah terdapat kelainan), dan auskultasi (penilaian suara nafas dan adanya suara nafas tambahan).
- d. Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (mengamati ada tidaknya pulsasi serta ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (mendengar bunyi jantung, bunyi jantung tambahan, ada atau tidak bising/murmur)
- e. Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk abdomen, benjolan/massa, bayangan pembuluh darah, warna kulit abdomen, lesi pada abdomen), auskultasi(bising usus atau peristalik usus dengan nilai normal 5-35 kali/menit), palpasi (terdapat nyeri tekan, benjolan/masa, benjolan/massa, pembesaran hepar dan lien) dan perkusi (penilaian suara abdomen serta pemeriksaan asites).

- f. Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya meliputi area pubis, meatus uretra, anus serta perineum terdapat kelainan atau tidak. Pada pemeriksaan muskuloskeletal meliputi pemeriksaan kekuatan dan kelemahan ekstremitas, kesimetrisan cara berjalan.
- g. Pada pemeriksaan integument meliputi kebersihan, kehangatan, warna, turgor kulit, tekstur kulit, kelembaban serta kelainan pada kulit serta terdapat lesi atau tidak.
- h. Pada pemeriksaan neurologis meliputi pemeriksaan tingkatan kesadaran (GCS), pemeriksaan saraf otak (NI-NXII), fungsi motorik dan sensorik, serta pemeriksaan reflex.

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan curah jantung (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori sirkulasi D.0009, halaman 37)
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan dyspnea (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori respirasi D.0005, halaman 26)
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan hipoksia jaringan otak (SDKI, 2019 kategori psikologi, subkategori nyeri dan kenyamanan D.0074, halaman 166)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sakit kepala (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori aktivitas dan istirahat D.0055, halaman 126)

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik (SDKI, 2019 kategori fisiologi, subkategori aktivitas dan istirahat D.0056, halaman 128)
6. Defisit pengetahuan dengan kurang terpapar sumber informasi (SDKI, 2019 kategori perilaku, subkategori penyuluhan dan pembelajaran D.0111, halaman 246)

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan curah jantung

Kriteria Hasil (SLKI, 2019 perfusi perifer L.02011, halaman 84):

- 1) Mempertahankan tekanan darah dalam rentang yang dapat diterima.
- 2) Memperlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil dalam rentang normal pasien
- 3) pangisian kapiler kurang dari 3 detik
- 4) turgor kulit membaik dan akral dingin

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

Intervensi	Rasional
1. Pantau tekanan darah, ukur pada kedua tangan/paha untuk evaluasi awal	1. Perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan/bidang masalah vaskuler.
2. Catat keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer	2. Denyutan karotis, jugularis, radialis dan femoralis mungkin teramati/terpalpasi.
3. Amati warna kulit, kelembaban, suhu dan masa pengisian kapiler	3. Adanya pucat, dingin, kulit lembab dan masa pengisian kapiler lambat mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi/mencerminkan penurunan curah jantung.
4. Pertahankan pembatasan aktivitas	4. Menurunkan stres dan ketegangan yang mempengaruhi TD dan

seperti istirahat di tempat tidur atau kursi	perjalanan penyakit hipertensi.
5. Kolaborasi pemberian teapi sesuai indikasi, misalnya Diuretik Tiazid.	5. Tiazid mungkin digunakan sendiri atau dicampur dengan obat lain untuk menurunkan TD pada pasien dengan fungsi ginjal yang relative normal.

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan dyspnea

Tujuan : Mempertahankan pola napas yang efektif

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

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

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

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

c. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan hipoksia jaringan otak

Tujuan : Melaporkan nyeri/ketidnyamanan hilang terkontrol.

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

1. Mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan.

2. Mengurangi regimen farmakologi yang diresepkan.
3. gelisah berkurang
4. gatal, mual, lelah, keluhan tidur berkurang
5. pola tidur dalam rentang normal
6. pasien tampak rileks

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

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan tirah baring selama fase akut</li> <li>2. Berikan tindakan non farmakologis untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher</li> <li>3. Hilangkan/minimalkan aktivitas vasokonstriksi meningkatkan sakit kepala, misalnya mengejan saat BAB</li> <li>4. Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan</li> <li>5. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meminimalkan stimulasi/meningkatkan relaksasi</li> <li>2. Tindakan yang menurunkan tekanan vascular serebral dan yang memperlambat respon simpatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan komplikasi.</li> <li>3. Aktivitas yang meningkatkan vasokonstriksi menyebabkan sakit kepala pada adanya peningkatan tekanan vaskuler serebral.</li> <li>4. Pusing dan penglihatan kabur sering berhubungan dengan sakit kepala.</li> <li>5. Menurunkan atau mengontrol nyeri dan menurunkan rangsangan sistem syaraf pusat.</li> </ol>

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan sakit kepala

Tujuan : Mampu menciptakan pola tidur yang adekuat dengan penurunan nyeri,

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

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

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

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

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Tujuan : Berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/diperlukan.

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

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

Tabel 2.6 Intervensi Intoleransi aktivitas(SIKI, 2019 manejmen anegi I.05178, halaman 176)

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji respon pasien terhadap aktivitas</li> <li>2. Instruksikan klien tentang teknik penghematan energi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu dalam mengkaji respon fisiologi terhadap stres aktivitas dan merupakan indicator dari kelebihan kerja yang berkaitan dengan tingkat aktivitas</li> <li>2. Mengurangi penggunaan energy juga membantu keseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub></li> <li>3. Kemajuan aktivitas bertahap</li> </ol>

3. Berikan dorongan untuk melakukan aktivitas/perawatan diri bertahap jika dapat ditoleransi	mencegah peningkatan kerja jantung tiba-tiba
4. Berikan bantuan sesuai kebutuhan	4. Memberikan bantuan hanya sebatas kebutuhan akan mendorong kemandirian dalam melakukan aktivitas
5. Awasi tekanan darah, nadi dan pernapasan selama dan sesudah aktivitas	5. Manifestasi kardio pulmonal dari upaya jantung dalam paru untuk membawa jumlah O <sub>2</sub> adekuat ke jaringan.

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar sumber informasi

Tujuan : Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan regimen pengobatan.

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

1. Mengidentifikasi efek samping obat dan kemungkinan komplikasi yang perlu diperhatikan
2. Mempertahankan tekanan darah dalam parameter normal.
3. persepsi keliru tentang penyakit menurun
4. perilaku sesuai anjuran meningkat
5. verbalisasi minat dalam belajar meningkat

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

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar	1. Kesalahan konsep dan menyangkal diagnose karena perasaan sejahtera yang sudah lama dinikmati mempengaruhi minat pasien/orang terdekat untuk mempelajari penyakit, kemajuan dan prognosis
2. Jelaskan tentang hipertensi dan efeknya pada jantung, pembuluh	2. Dasar untuk pemahaman tentang peningkatan TD untuk memungkinkan pasien melanjutkan

<p>darah, ginjal dan otak</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Bantu pasien dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah, misalnya obesitas, minum alcohol</li><li>4. Bantu pasien untuk mengembangkan jadwal yang sederhana, memudahkan untuk minum obat</li><li>5. Evaluasi kembali penjelasan yang disampaikan</li></ol>	<p>pengobatan meskipun ketika merasa sehat</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Faktor-faktor resiko ini telah menunjukkan hubungan dalam menunjang hipertensi dan penyakit kardiovaskuler serta ginjal</li><li>4. Memudahkan kerja sama dengan regimen jangka panjang</li><li>5. Mengetahui tingkat pemahaman klien tentang penjelasan yang disampaikan.</li></ol>
---	---

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa medis Hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 09 November 2020. Anamnesa diperoleh dari rekam medis pasien dan wawancara dengan keluarga pasien sebagai berikut.

#### **3.1 Pengkajian**

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

Pasien bernama Ny. N berusia 64 tahun. beragama Islam dan riwayat pekerjaan Ny. N adalah pedagang nasi. Berstatus Janda, pendidikan terakhir klien SMP/ sederajat, sumber pendapatan yang di dapat yaitu dari anak ke – 1. Sistem pendukung yang di dapat dari keluarga (anak menantu dan cucu)

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

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 November 2020 klien mengeluh pusing selama 3 hari

##### **3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 November 2020 kondisi pasien lemah. Pusing sekitar 3 hari dan merasa gatal karena belum mandi dan sudah 4 hari tidak mandi

##### **3.1.4 Riwayat Kesehatan Lampau**

Ny. N memiliki riwayat hipertensi sejak 2014 dan stroke pada tahun 2016, pengobatan yang dilakukan yaitu pengobatan tradisional ( pijat) yang

dilakukan selama 6 bulan.

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

#### **A. FUNGSI FISIOLOGIS**

##### **1. Kondisi Umum**

Tidak merasa kelelahan, tidak terdapat perubahan BB, Tidak ada perubahan nafsu makan, tidak terdapat masalah tidur, kemampuan adl baik, BB : 98 kg TB : 160 cm, imt : , suhu 36,4<sup>o</sup>c, nada: 95x/menit, tekanan darah 170/130 mmhg, repirasi : 20x/menit

##### **2. integumen**

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

##### **3. Hematopetic**

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

##### **4. Kepala**

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

##### **5. Mata**

penglihatan klien (kabur), konjungtiva (anemis), sklera (ikterik), pakai kacamata, tidak strabismus, kekeringan mata tidak kekeringan, tidak nyeri, tidak gatal, tidak photobobia, tidak diplopia, tidak ada riwayat infeksi, tidak ada riwayat katarak

##### **6. Telinga**

klien terdapat penurunan pendengaran, tidak discharge, tidak

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

7. Hidung Sinus

Tidak terdapat rhinorrhea, tidak discharge, tidak epistaksis, tidak obstruksi, tidak snoring, tidak adac alergi, tidak ada riwayat infeksi, tidak ada gangguan penciuman, bentuk (simetris)

8. Mulut Tenggorokan

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

9. Leher

Tidak terdapat kekakuan, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat massa, tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid

10. Pernafasan

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

11. Kardiovaskuler

Tidak terdapat chest pain, tidak palpitasi, tidak dipsno, tidak paroximal nocturnal, tidak orthopnea, tidak murmu, tidak edema

## 12. Gastrointestinal

Tidak terdapat Disphagia, tidak Nausea / vomiting, tidak Hemateemesis, terdapat Perubahan nafsu makan, tidak ada Massa, tidak Jaundice, tidak ada Perubahan pola BAB, tidak Melena, tidak Hemorrhoid, Pola BAB baik (2x/seminggu)

## 13. Perkemihan

Tidak dysuria, polidipsia, tidak hesitancy, tidak urgency, tidak hematuria, poliuria, tidak oliguria, tidak nocturia, tidak inkontinensia, tidak terdapat nyeri berkemih, pola BAK 7x, tidak ada keluhan

## 14. Reproduksi

Tidak terdapat lesi, tidak discharge, tidak *postcoital bleeding*, tidak terdapat nyeri pelvis, prolaps, klien sudah manopause, *pap smear 1x*

## 15. Muskuloskeletal

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

## 16. Persyarafan

Klien merasa Headache, Tidak Seizures, Tidak Syncope, tidak

Tic/tremor, Tidak Paralysis, Tidak Paresi, tidak terdapat gangguan  
Masalah memori

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

#### **1. Psikososial**

klien tidak merasa cemas, tidak depresi, tidak ketakutan, tidak insomnia, tidak kesulitan dalam mengambil keputusan, tidak kesulitan konsentrasi, mekanisme koping klien mengatakan klien selalu berbincang bersama menantu serta cucu cucunya. persepsi tentang kematian klien mengatakan siap klien mengatakan kematian adalah hal yang wajar bagi setiap makhluk hidup. dampak pada adl klien tampak hati-hati dalam beraktivitas.

#### **2. Spiritual**

Aktivitas ibadah klien beragama islam klien berdoa dan tidak bisa melakukan sholat secara normal (sholat sambil duduk) serta berdoa saja. Klien mengatakan kesulitan berdiri dan harus pelan pelan saat berdiri maupun duduk. Aktivitas rekreasi klien adalah menonton tv bersama anggota keluarga, bermain dengan cucu dan sesekali keluar rumah bersama keluarga. Aktivitas interaksi klien sering berinteraksi dengan mengunjungi keluarga dan tetangga di sekitar rumah klien

### **3.1.7 Lingkungan**

Kamar klien terlihat rapi dan bersih juga tersedia jendela sedang untuk sirkulasi udara, kamar mandi klien terlihat bersih dan pencahayaan yang cukup. Rumah klien terlihat tertata rapi dan bersih dan luas rumah klien adalah  $8 \times 19 \text{ m}^2$ , Pekarangan rumah klien tampak bersih, karena anaknya suka menanam bunga-bunga dan rajin menyiram serta

membersihkannya. Keluarga klien selalu memperhatikan katifitas yang dilakukan klien serta klien sering dibantu oleh cucu. lingkungan rumah seperti pengamanan klien saat berjalan di sekitar rumah yaitu kondisi rumah selalu bersih (lantai tidak licin). Lingkungan sekitar rumah klien sering bersapa dnegan tetangga serta berbincang dengan tetangga sambil duduk di kursi serta tetangga tampak ramah dengan klien, serta klien selalu dihormati dan sebagai sesepuh di kampung.

### ***3.1.8 Negative functional consequences***

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

Pemeliharaan kesehatan diri dengan bantuan, mandi dengan bantuan, makan secara mandiri, toilet (bab dan bak) secara mandiri, naik turun tangga dengan bantuan, berpakaian secara mandiri, kontrol bab dan bak secara mandiri, ambulasi dengan bantuan, transfer kursi/bed dengan bantuan. Skor yang didapat yaitu 75 poin, dengan interpretasi ketergantungan sedang.

#### **2. Aspek Kognitif**

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

pertanyaan yang diajukan perawat dengan skor 9. Total skor yaitu 30 dengan interpretasi hasil tidak ada gangguan kognitif

### 3. Tingkat Kerusakan Intelektual

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

### 4. Tes Keseimbangan

Pemeriksaan dilakuakn dnegan teknik pemeriksaan *Time Up Go Test*, Tanggal pemeriksaan 9 november dengan hasil TUG 20 detik. Intepretasi hasil yaitu risiko tinggi jatuh.

### 5. Kecemasan, GDS, Pengkajian Depresi

Pemeriksaan dilakukan dengan teknik pemeriksaan *Geriatric Depressoion Scale*. Klien puas dengan kehidupannya, klien tidak merasa bosan dnegan berbagai aktifitas dan kesenangan, klien tidak merasa bahwa hidup anda hampa / kosong, klien sering merasa bosan, klien memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu, klien tidak takut ada sesuatu yang buruk terjadi, klien lebih merasa bahagia di sepanjang waktu, klien tidak merasakan butuh bantuan, klien lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal, klien tidak merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan, klien menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa, klien merasa tidak berpikiran bahwa klien tidak tertarik dengan jalan hidupnya, klien merasa dirinya sangat energik / bersemangat, klien tidak merasa tidak

punya harapan, klien tidak berfikir bahwa orang lain lebih baik dari dirinya.

Total skor yaitu 2 dengan intepretasi hasil klien tidak Depresi

#### 6. Status Nutrisi

klien Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi, klien Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras, Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri. Total skor 3 dengan intepretasi hasil *moderate nutritional risk*

#### 7. Hasil pemeriksaan Diagnostik/ Penunjang

Klien tidak melakukan pemeriksaan diagnostik/penunjang

#### 8. Fungsi sosial lansia

Pemeriksaan dilakukan dengan teknik pemeriksaan fungsi sosial lansia dengan fungsi adaptasi klien kadang-kadang puas bahwa klien dapat kembali pada keluarga untuk membantu pada saat klien kesusahan,. Fungsi partner klien selalu puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dnegan kliendan mengungkapkan masalah. Fungsi growth klien kadang-kadang puas dengan cara keluarga menerima dan mendukung keinginan klien untuk melakukan aktivitas/arah baru. fungsi afektif klien kadang-kadang puas dengan cara keluarga mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi klien seperti marah, sedih/mencintai. Fungsi Resolve klien kadang-kadang puas dengan cara keluarga dan klien menyediakan waktu bersama-sama. Skor total 6 dengan intepretasi hasil disfungsi sedang.

### **3.1.9 PENGKAJIAN PERILAKU TERHADAP KESEHATAN**

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

### 3.2 ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1	<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sekarang ia tidak bisa bergerak bebas lagi karena jika terlalu capek kedua lututnya</li> <li>2. Klien mengatakan enggan atau sulit saat melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun</li> <li>2. Kekuatan otot : (skala 3)</li> <li>3. Fisik lemah</li> <li>4. Gerak terbatas</li> <li>5. ROM menurun</li> <li>6. Reflek menurun (bisep kanan -, knee kiri -, Achilles kiri -)</li> </ol>	Penurunan kekuatan otot	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>SDKI Kategori Fisiologis</p> <p>Subkategori Aktivitas dan Istirahat</p> <p>D.0054 Hal 124</p>
2	<p><b>DS :</b></p> <p>Klien mengatakan jarang mandi karena kelemahan yang dialaminya</p> <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minat melakukan perawatan diri mandi kurang</li> <li>2. Keterbatasan melakukan aktivitas mandi – di bantu ( Penurunan kekuatan otot )</li> <li>3. Mandi (2 Kali Seminggu) Kebiasaan berganti pakaian (2 kali seminggu)</li> </ol>	Kelemahan	<p>Defisit perawatan diri (Mandi)</p> <p>SDKI Kategori Psikologi</p> <p>Subkategori kebersihan diri</p> <p>D.0109 Hal 240</p>

3	Faktor resiko : 1. Riwayat jatuh (terpeleset) 2. Kekuatan otot menurun 3. Gangguan pendengaran (pendengaran menurun)	-	Resiko jatuh SDKI Kategori Lingkungan Subkatategori keamanan dan proteksi D.0143 Hal 306
---	---	---	---

### 3.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
Resiko Jatuh

## 3.4 RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<b>Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri (D.0054)</b> <b>SLKI 159</b>	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x30 menit setiap pertemuan , diharapkan Gangguan Mobilitas Fisik dapat meningkat, dengan kriteria hasil : (SLKI Hal 45) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat)</li> <li>2. Kekuatan otot dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat)</li> </ol>	<b>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</b> <b>(SIKI Hal 30)</b> <b>Definisi :</b> Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan Aktivitas pergerakan fisik <b>Tindakan :</b> <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ol> <b>Tarapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>

2	<p><b>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan D.0109 SLKI 155</b></p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x30 menit setiap pertemuan , diharapkan defisit perawatan diri dapat meningkat, dengan kriteria hasil : (SLKI Hal 81)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kemampuan mandi dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat)</li> <li>4. Kemampuan mengenakan pakaian dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat)</li> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri :Mandi (1.11352) (SIKI Hal 30)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan</p> <p><b>Kebersihan diri</b></p> <p><b>Tindakan :</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu Kebersihan diri</li> <li>2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>3. Monitor kebersihan tubuh Mis: rambut, mulut, kulit,kuku)</li> <li>4. Monitor integritas kulit</li> </ol> <p><b>Tarapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi Terhadap kesehatan</li> </ol>
---	---	---	---

3	<b>Resiko Jatuh D.0143 SLKI 184</b>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x30 menit dalam setiap pertemuan diharapkan ansietas dapat menurun, dengan kriteria hasil : (SLKI Hal 140)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berdiri dari skor 3(sedang) menjadi skor 4 (cukup menurun) dan skor 5 (menurun).</li> <li>2. Jatuh saat berjalan dari skor 3 (sedang) menjadi skor 4 (cukup menurun)</li> <li>3. Jatuh saat di kamar mandi dari skor 2 (cukup meningkat) menjadi skor 3 (sedang) dan skor 4 (cukup menurun)</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Jatuh (SIKI Hal 279)</b></p> <p><b>Definisi :</b> mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjatuh Akibat perubahan kondisi fisik atau psikologi</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko jatuh Mis : usia &gt;65 tahun, penurunan tingkat kesadaran Gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan</li> <li>2. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Mis : <i>Fall Morse Scale</i></li> <li>3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke Kursi dan sebaliknya</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>2. Atir tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>2. Anjurkan berkonsentrasi untk menjaga keseimbangan</li> <li>3. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang</li> <li>4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk Meningkatkan keseimbangan saat berdiri</li> </ol>
---	---	--	---

### 3.5 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

#### Implementasi Hari 1

No	Tgg dan Jam	Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tgg dan Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	10 Nov 2020 10.00 – 11.15 WIB	<b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</b>	<p><b>1. Mengidentifikasi adanya nyeri tekan atau keluhan fisik lainnya</b> Respon : Klien tidak merasa nyeri ataupun linu</p> <p><b>2. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas pergerakan.</b> Respon : memantu klien selalu membantu klien saat melalkuakn aktifitas</p> <p><b>3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</b> Respon : Klien tampak kooperatif dan bersemangat saat melakukan mobilisasi sederhana meskipun harus pelan-pelan seperti biasanya.</p>	£ £ £	10 Nov 2020 13.00 WIB	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih mearasa sulit bergerak</li> <li>Klien mengatakan senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat.</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak belum bisa tenang dan masih merasa enggan melakukannya</li> <li>Pasien mengikuti arahan perawat</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Pergerakan ekstermitas dari skala 3 Kekuatan otot dari skala 3</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi 1,2,3 dilanjutkan</p>	£

2	10 Nov 2020  09.30- 10.00 WIB	<b>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</b>	<p><b>1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</b> Respon : saat melakuakan aktifitas mandi (membantu berjalan)</p> <p><b>2. Monitor kebersihan tubuh</b> Respon : rambut klien merasa gatal</p> <p><b>3. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</b> Respon : klien tampak kooperatif dan Membantu klien</p> <p><b>4. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi Terhadap kesehatan</b> Respon : Klien tampak kooperatif dan bersemangat Saat di berikan informasi</p>	£  £  £  £	10 Nov 2020  11.10 WIB	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan berusaha akan mandi setiap hari</li> <li>Klien mengatakan baru mendapat informasi tentang dampak serta manfaat mandi</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>TD : 170/130 mmHg Nadi : 95x/menit RR : 20x/menit S : 36,4°C</li> <li>Klien tampak lebih tenang</li> <li>Klien tampak lebih rileks</li> </ol> <p><b>A:</b> Kemampuan mandi dari skala 3 Kemampuan mengenakan pakaian dari skala 3</p> <p><b>P :</b> Intervensi 1,,2,3,4,5, dilanjutkan</p>	£
3	10 Nov 2020  10.00- 10.30 WIB	<b>Risiko Jatuh</b>	<p><b>1. Identifikasi faktor risiko jatuh</b> Respon : klien memiliki Riwayat jatuh (terpeleset)</p> <p><b>2. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</b> Respon : <i>Time Up Go Test</i> klien yaitu &gt; 13 detik</p> <p><b>3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke Kursi dan sebaliknya</b> Respon : Klien mematuhi perawat dan berhati hati Dalam berpindah</p>	£  £  £	10 Nov 2020  11.20 WIB	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan memiliki riwayat jatuh terpeleset</li> <li>Klien merasarileks dan berhati hati dalam melakukan berpindah</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>TD : 170/130 mmHg Nadi : 95x/menit RR : 20x/menit S : 36,4°C</li> <li>Skala Timeup go test yaitu &gt; 13 detik (20 detik )</li> </ol> <p><b>A:</b></p>	£

						Jatuh saat berdiri dari skor 3 Jatuh saat berjalan dari skor 3 (sedang) Jatuh saat di kamar mandi dari skor 2 <b>P :</b> Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan	
--	--	--	--	--	--	---	--

## Implementasi Hari 2

No	Tggl dan Jam	Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tggl dan Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	11 Nov 2020  09.00- 09.45 WIB	<b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</b>	<p><b>1. Mengidentifikasi adanya nyeri tekan atau keluhan fisik lainnya</b> Respon : Klien mengeluh tidak nyeri</p> <p><b>2. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas pergerakan.</b> Respon : keluarga selalu mamantau klien saat aktifitas</p> <p><b>3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</b> Respon : klien serta keluarga saling membantu</p>	<p>£</p> <p>£</p> <p>£</p>	11 Nov 2020  11.00 WIB	<p><b>S :</b></p> <p>1. Pasien mengatakan masih mearasa sulit bergerak</p> <p>2. Klien mengatakan senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat.</p> <p><b>O :</b></p> <p>1. Pasien tampak belum bisa tenang dan masih merasa enggan melakukannya</p> <p>2. Pasien mengikuti arahan perawat</p> <p><b>A :</b></p> <p>Pergerakan ekstermitas dari skala 3</p> <p>Kekuatan otot dari skala 3</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi 1,2,3 dilanjutkan</p>	£

2	11 Nov 2020  10.00- 10.30 WIB	<b>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</b>	<p><b>1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</b> Respon : saat aktifitas ke kamar mandi</p> <p><b>2. Monitor kebersihan tubuh</b> Respon : klien mandi di bantu oleh keluarga</p> <p><b>3. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</b> Respon : klien tampak kooperatif dan Membantu klien</p> <p><b>4. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi Terhadap kesehatan</b> Respon : Klien tampak kooperatif dan bersemanga Saat di berikan informasi</p>	£  £  £	11 Nov 2020  11.00 WIB	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan berusaha akan mandi setiap hari</li> <li>Klien mengatakan baru mendapat informasi tentang dampak serta manfaat mandi</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>TD : 170/130 mmHg Nadi : 95x/menit RR : 20x/menit S : 36,4°C</li> <li>Klien tampak lebih tenang</li> <li>Klien tampak lebih rileks</li> </ol> <p><b>A:</b> Kemampuan mandi dari skala 3 Kemampuan mengenakan pakaian dari skala 3</p> <p><b>P :</b> Intervensi 2,3,4,dilanjutkan</p>	£
3	11 Nov 2020  12.00- 12.45 WIB	<b>Risiko jatuh</b>	<p><b>1. Identifikasi faktor risiko jatuh</b> Respon : klien berhati hati saat berjalan</p> <p><b>2. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</b> Respon : <i>Time Up Go Test</i> klien yaitu &gt; 13 detik</p> <p><b>3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke Kursi dan sebaliknya</b> Respon : Klien mematuhi perawat dan berhati hati dalam berpindah</p>	£  £	11 Nov 2020  11.20 WIB	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan memiliki riwayat jatuh terpeleset</li> <li>Klien merasarileks dan berhati hati dalam melakukan berpindah</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>TD : 170/130 mmHg Nadi : 95x/menit RR : 20x/menit S : 36,4°C</li> <li>Skala Timeup go test yaitu &gt; 13</li> </ol>	£

				£		detik (20 detik ) <b>A:</b> Jatuh saat berdiri dari skor 3 Jatuh saat berjalan dari skor 3 (sedang) Jatuh saat di kamar mandi dari skor 2 <b>P :</b> Intervensi 2,3,4 dilanjutkan	
--	--	--	--	---	--	---	--

### Implementasi Hari ke 3

No	Tggl dan Jam	Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf	Tggl dan Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	12 Nov 2020  09.00- 09.30 WIB	<b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</b>	<b>1. Mengidentifikasi adanya nyeri tekan atau keluhan fisik lainnya</b> Respon : Klien tidak merasa nyeri ataupun linu <b>2. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas pergerakan.</b> Respon : memantu klien selalu membantu klien saat melakuakn aktifitas <b>3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</b> Respon : Klien tampak kooperatif dan bersemangat saat melakukan mobilisasi	£      £	12 Nov 2020  11.00 WIB	<b>S :</b> 1. Pasien mengatakan mulai tidak enggan berjalan 2. Klien mengatakan senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat.  <b>O :</b> 1. Pasien tampak bisa tenang dan berhati hati saat berjalan 2. Pasien mengikuti arahan perawat  <b>A :</b> Pergerakan ekstermitas dari skala 4	£

			sederhana meskipun harus pelan-pelan seperti biasanya.	£		Kekuatan otot dari skala 4 <b>P :</b> Intervensi 3 dilanjutkan	
2	12 Nov 2020  09.30- 10.00 WIB	<b>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</b>	<p><b>1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</b> Respon : saat melakukan aktifitas mandi (membantu berjalan)</p> <p><b>2. Monitor kebersihan tubuh</b> Respon : rambut klien merasa gatal</p> <p><b>3. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</b> Respon : klien tampak kooperatif dan Membantu klien</p> <p><b>4. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi Terhadap kesehatan</b> Respon : Klien tampak kooperatif dan Bersemangat Saat di berikan informasi</p>	£  £  £	12 Nov 2020  11.10 WIB	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mulai mandi setiap hari</li> <li>2. Klien mengatakan baru mendapat informasi tentang dampak serta manfaat mandi</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 150/100 mmHg Nadi : 98x/menit RR : 22x/menit S : 36°C</li> <li>2. Klien tampak lebih tenang</li> <li>3. Klien tampak lebih rileks</li> <li>4. Frekuensi mandi 1 x sehari</li> </ol> <p><b>A:</b> Kemampuan mandi dari skala 4 Kemampuan mengenakan pakaian dari skala 4</p> <p><b>P :</b> Intervensi 5 dilanjutkan</p>	£
3	12 Nov 2020  10.00-	<b>Risiko jatuh</b>	<p><b>1. Identifikasi faktor risiko jatuh</b> Respon : klien memiliki Riwayat jatuh (terpeleset)</p> <p><b>2. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</b></p>	£	12 Nov 2020  11.20	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien Klien mengatakan memiliki riwayat jatuh terpeleset</li> <li>2. Klien merasareleks dan berhati hati dalam melakukan berpindah</li> </ol>	£

10.30 WIB		<p>Respon : <i>Time Up Go Test</i> klien yaitu &gt; 13 detik</p> <p><b>3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke Kursi dan sebaliknya</b></p> <p>Respon : Klien mematuhi perawat dan berhati hati Dalam berpindah</p>	<p>£</p> <p>£</p>	WIB	<p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 150/100mmHg Nadi :98x/menit RR : 22x/menit S : 36°C</li> <li>2. Klien tampak lebih tenang</li> <li>3. Klien tampak lebih rileks</li> <li>4. Skor <i>Time up go test</i> yaitu &gt;13 detik</li> </ol> <p><b>A:</b></p> <p>Jatuh saat berdiri dari skor 4 Jatuh saat berjalan dari skor 4 Jatuh saat di kamar mandi dari skor 3</p> <p><b>P :</b></p> <p>Intervensi 5 dilanjutkan</p>	
--------------	--	---	-------------------	-----	---	--

### 3.6 EVALUASI KEPERAWATAN

No	Diagnosa	Evaluasi
1	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan mulai tidak enggan berjalan</li> <li>2. Klien mengatakan senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat.</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak bisa tenang dan berhati hati saat berjalan</li> <li>2. Pasien mengikuti arahan perawat</li> </ol> <p>A :</p> <p>Pergerakan ekstermitas dari skala 4</p> <p>Kekuatan otot dari skala 4</p> <p>P :</p> <p>Intervensi 3 dilanjutkan</p>

2	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mulai mandi setiap hari</li> <li>2. Klien mengatakan baru mendapat informasi tentang dampak serta manfaat mandi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 150/100 mmHg Nadi : 98x/menit RR : 22x/menit S : 36°C</li> <li>2. Klien tampak lebih tenang</li> <li>3. Klien tampak lebih rileks</li> <li>4. Frekuensi mandi 1x sehari</li> </ol> <p>A:</p> <p>Kemampuan mandi dari skala 4</p> <p>Kemampuan mengenakan pakaian dari skala 4</p> <p>P :</p> <p>Intervensi 5 dilanjutkan</p>
3	Risiko Jatuh	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien Klien mengatakan memiliki riwayat jatuh terpeleset</li> <li>2. Klien merasabileks dan berhati hati dalam melakukan berpindah</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 150/100mmHg Nadi :98x/menit RR : 22x/menit S : 36°C</li> <li>2. Klien tampak lebih tenang</li> <li>3. Klien tampak lebih rileks</li> <li>4. Skor <i>Time up go test</i> yaitu &gt;13 detik</li> </ol>

		<p>A:</p> <p>Jatuh saat berdiri dari skor 4</p> <p>Jatuh saat berjalan dari skor 4</p> <p>Jatuh saat di kamar mandi dari skor 3</p> <p>P :</p> <p>Intervensi 5 dilanjutkan</p>
--	--	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. N dengan diagnosa medis Hipertensi di Kelurahan Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya. Adapun tahapan proses keperawatan tersebut meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian**

##### **4.1.1 Data Dasar**

Pada tinjauan kasus pasien merupakan Ny. N yang berusia 64 tahun. Hipertensi merupakan sebuah kondisi medis dimana orang yang tekanan darahnya meningkat diatas normal yaitu 140/90 mmHg dan dapat mengalami resiko kesakitan (morbiditas) bahkan kematian (mortalitas). Penyakit ini sering dikatakan sebagai the silent diseases. Faktor resiko hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu hipertensi yang tidak bisa diubah dan hipertensi yang dapat diubah. Hipertensi yang dapat diubah meliputi merokok, obesitas, gaya hidup yang monoton dan stres. Hipertensi yang tidak dapat dirubah meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, faktor keturunan (Rusdi & Isnawati, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa faktor usia, sangat mempengaruhi tingkat metabolisme semakin menurun. Hal ini dikarenakan hilangnya sebagian jaringan otot serta perubahan hormonal dan neurologis, akibatnya kecepatan tubuh dalam membakar kalori pun berkurang. Bertambahnya umur seseorang maka terjadi penurunan fungsi fisiologis dan daya tahan tubuh yang terjadi karena proses penuaan yang

dapat menyebabkan seseorang rentan terhadap penyakit salah satunya yaitu hipertensi (Adnani, 2011).

Peningkatan jumlah lansia di Indonesia ini memberikan suatu perhatian khusus pada lansia yang mengalami suatu proses menua. Permasalahan - permasalahan yang perlu perhatian khusus untuk lansia berkaitan dengan berlangsungnya proses menjadi tua, yang berakibat timbulnya perubahan fisik, kognitif, perasaan, sosial, dan seksual. (Azizah, 2011). Perubahan-perubahan pada lansia di negaranegara maju yaitu perubahan pada sistem kardiovaskuler yang merupakan penyakit utama yang memakan korban karena akan berdampak pada penyakit lain seperti hipertensi, penyakit jantung koroner, jantung pulmonik, kardiomiopati, stroke, gagal ginjal (Fatmah, 2010).

Faktor-faktor pemicu kemunculan hipertensi dapat dibedakan menjadi dua yaitu faktor yang tidak dapat dikontrol dan faktor yang dapat di kontrol seperti kegemukan/obesitas. Obesitas dapat menyebabkan peningkatan cardiac output, karena makin besar massa tubuh maka makin banyak jumlah darah yang beredar mengakibatkan curah jantung meningkat. Dimana bila tubuh seseorang semakin besar maka volume darah yang dibutuhkan untuk memasok oksigen ke dalam makanan dan jaringan tubuh akan semakin meningkat. Hal ini yang menyebabkan jantung akan bekerja lebih keras, sehingga tekanan darah meningkat secara tidak langsung melalui perangsangan aktivitas sistem saraf simpatis dan Renin Angiotensin Aldosteron System (RAAS). Keadaan ini menyebabkan timbulnya penyakit hipertensi (Ramadhani & Sulistyorini, 2018). Pernyataan ini ditemukan pada Ny. N yang memiliki berat badan 98 Kg dan tinggi badan 160 cm , yang merupakan kategori obesitas. Obesitas dapat menyebabkan terjadinya

peningkatkan jumlah panjangnya pembuluh darah, hal ini dapat meningkatkan resistensi darah yang seharusnya mampu menempuh jarak lebih jauh. Peningkatan resistensi dapat menyebabkan tekanan darah menjadi lebih tinggi. Kondisi ini dapat diperparah oleh sel-sel lemak yang memproduksi senyawa yang dapat merugikan jantung dan pembuluh darah (Kowalski, 2010).

Jaringan lemak merupakan jaringan ikat yang mempunyai fungsi sebagai tempat penyimpanan lemak dalam bentuk trigliserida. Fungsi utama jaringan lemak yaitu sebagai tempat penyimpanan energi dalam bentuk trigliserida dan melepaskannya sebagai asam lemak bebas dan gliserol yang merupakan sumber energi yang berasal dari lemak. Akumulasi lemak ditentukan oleh keseimbangan antara (lipogenesis) dan pemecahan lemak (liposis–oksidasi asam lemak). Meningkatnya kolesterol LDL dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan terjadi pembekuan darah sehingga aliran di pembuluh darah arteri meningkat (Pudjiastuti, 2013).

#### **4.1.2 Keluhan Utama dan Riwayat Penyakit Sekarang**

Saat pengkajian didapatkan konsidi pasien lemah, serta mengeluh Pusing sudah 3 hari dan merasa gatal.

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis Joint National Committee (JNC) VII tahun 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg. (Kemenkes RI, 2013). Dalam penatalaksanaan hipertensi perawat memiliki peran

dalam mengubah perilaku sakit penderita dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko dari sakit yang diderita. Perawat mempunyai peran sebagai educator tentang informasi hipertensi dalam menambah pengetahuan pasien dan dapat membentuk sikap yang positif agar dapat melakukan perawatan hipertensi secara mandiri sehingga komplikasi dapat dicegah. (Cahyono, 2015). Lansia sering terkena hipertensi disebabkan oleh kekakuan pada arteri sehingga tekanan darah cenderung meningkat. Biasanya stres bukan karena penyakit fisik tetapi lebih mengenai kejiwaan. Akan tetapi karena pengaruh stress tersebut maka penyakit fisik bisa muncul akibat lemah dan rendahnya daya tahan tubuh pada saat tersebut (Mardiana, 2014).

Stres adalah tanggapan atau reaksi terhadap berbagai tuntutan atau beban atasnya yang bersifat non spesifik namun, disamping itu stres dapat juga merupakan faktor pencetus, penyebab sekaligus akibat dari suatu gangguan atau penyakit. Faktor faktor psikososial cukup mempunyai arti bagi terjadinya stres pada diri seseorang. Stres dalam kehidupan adalah suatu hal yang tidak dapat dihindari (Yosep dan Sutini, 2014). Penyebab stres atau disebut stressor dapat berubah-ubah, sejalan dengan perkembangan manusia tetapi kondisi stress juga dapat terjadi di setiap saat sepanjang kehidupan. Sumber-sumber stres, yaitu: dari dalam diri, didalam keluarga, didalam komunitas. Pendekatan-pendekatan stres menurut Prabowo (2014): stres sebagai stimulus, stres sebagai respon, dan stres sebagai interaksi antara individu dengan lingkungan. Selain itu penyebab hipertensi pada lansia juga disebabkan oleh perubahan gaya hidup dan yang lebih penting lagi kemungkinan terjadinya peningkatan tekanan darah tinggi karena bertambahnya usia lebih besar pada orang yang banyak mengkonsumsi makanan

yang banyak mengandung garam (Kenia, 2013).

Aktivitas fisik adalah kebiasaan seseorang untuk melakukan aktivitas yang memerlukan sistim gerak baik berupa pekerjaan fisik maupun olahraga. Olahraga merupakan gaya hidup sehat yang harus di mulai sejak dini hingga usia lanjut agar di masa mendatang tubuh dapat menjadi sehat serta tidak mudah terserang penyakit. Karena semakin tua tubuh seseorang secara otomatis daya tahan tubuhnya akan semakin menurun. Sejak usia dini hingga usia lanjut, olahraga dianjurkan minimal 30 menit. Menggunakan perlengkapan olahraga yang sesuai. Dilakukan secara bertahap 5-10 menit, dikuti dengan latihan inti minimal 20 menit dan diakhiri dengan pendinginan selama 5 menit, untuk mencapai hasil yang optimal olahraga perlu dilakukan minimal 3 kali seminggu (Aripin, 2015). Berdasarkan hasil uji chi-square diperoleh nilai p value = 0,049, sehingga terdapat hubungan yang bermakna antara aktivitas fisik dengan dengan kejadian hipertensi pada lansia. Nilai odds ratio (OR) = 2,390, karena nilai OR > 1, maka aktivitas fisik merupakan faktor risiko kejadian hipertensi pada lansia, dimana lansia yang kurang aktivitas fisiknya 2,390 kali lebih besar untuk mengalami penyakit hipertensi dibandingkan lansia yang aktivitas fisiknya baik.

Penelitian yang dilakukan oleh Aripin (2015), dengan menggunakan desain case control didapatkan bahwa aktivitas fisik ringan merupakan faktor terjadinya hipertensi. Semakin ringan aktivitas fisik subjek maka semakin meningkatkan risiko terjadinya hipertensi dibandingkan aktivitas tinggi (OR: 2,72; 95% CI: 1,14-6,47) dan (OR; 22,66; 95% CI: 6,84-75,13) untuk aktivitas fisik sedang dan ringan. Hasil penelitian Hashani et al (2014) di Kosovo menunjukkan aktivitas fisik kurang, berisiko 1,98 kali menderita hipertensi. Aktivitas fisik

mengurangi risiko hipertensi dengan mengurangi resistensi pembuluh darah dan menekan aktivitas sistem saraf simpatik dan sistem renninangiotensin (Cheng S et al, 2013). Aerobik selama 30-45 menit/hari efektif mengurangi risiko hipertensi 19- 30%. Kebugaran kardio respirasi rendah pada usia paruh baya diduga meningkatkan risiko hipertensi sebesar 50% (Kaplan, 2010).

dari penjelasan diatas, penulis beramsumsi bahwa keluhan pusing yang dirasakan pasien merupakan salah satu Penyebab stres yang dapat terjadi di setiap saat sepanjang kehidupan. Sumber stres terjadi dari dalam diri, didalam keluarga, didalam komuitas. Aktivitas fisik adalah kebiasaan seseorang untuk melakukan aktivitas yang memerlukan sistim gerak baik berupa pekerjaan fisik maupun olahraga. Olahraga merupakan gaya hidup sehat yang harus di mulai sejak dini hingga usia lanjut agar di masa mendatang tubuh dapat menjadi sehat serta tidak mudah terserang penyakit. Karena semakin tua tubuh seseorang secara otomatis daya tahan tubuhnya akan semakin menurun. pernyataan ini terjadi pada Ny. N yang mengalami penurunan aktifitas fisik yang ditandai dengan berkurangnya kekuatan otot (skala 3), ROM terbatas, serta menurunnya frekuensi personal hygiene (mandi) yaitu 2x / seminggu yang mneyebabkan Ny. N mengeluhkan gatal.

#### **4.1.3 Riwayat Kesehatan Lampau**

Hasil wawancara oleh pasien dan keluarga Ny. N memiliki riwayat hipertensi sejak 2014 dan stroke pada tahun 2016, pengobatan yang dilakukan yaitu pengobatan tradisional ( pijat) yang dilakukan selama 6 bulan.

faktor yang bisa mempengaruhi kejadian stroke, diantaranya usia, jenis kelamin, keturunan, ras, hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes melitus,

merokok, aterosklerosis, penyakit jantung, obesitas, konsumsi alkohol, stres, kondisi sosial ekonomi yang mendukung, diet yang tidak baik. Faktor risiko terjadinya stroke dibagi menjadi dua yaitu faktor risiko yang bisa di modifikasi dengan faktor risiko yang tidak bisa di modifikasi. Faktor risiko yang tidak bisa di modifikasi tidak bisa di kontrol pengaruhnya terhadap kejadian stroke, faktor risiko tersebut diantaranya faktor keturunan, ras, usia, dan jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang bisa di modifikasi seperti hipertensi, diabetes melitus, hiperkolesterolemia, stres, merokok, obesitas, dan gaya hidup yang kurang sehat (Nastiti, 2012). Penyakit hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya stroke, yang sering disebut sebagai the silent killer karena hipertensi meningkatkan risiko terjadinya stroke sebanyak 6 kali. Dikatakan hipertensi jika memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Semakin tinggi tekanan darah pasien maka semakin tinggi pula risiko untuk mengalami stroke. Kejadian hipertensi bisa merusak dinding pembuluh darah yang bisa dengan mudah akan menyebabkan penyumbatan bahkan pecahnya pembuluh darah di otak (Junaidi, 2011). Hasil penelitian oleh Nastiti (2012) bahwa faktor risiko utama penyakit stroke adalah tekanan darah tinggi, baik tekanan sistolik maupun diastolik. Hipertensi akan memicu untuk timbulnya plak di pembuluh darah besar (aterosklerosis). Dampak yang ditimbulkan oleh dengan adanya plak di dalam pembuluh darah akan menyebabkan penyempitan lumen/diameter pembuluh darah. Plak yang tidak stabil akan mudah menyebabkan pembuluh darah menjadi mudah pecah dan lepas. Sehingga, jika plak terlepas akan menyebabkan peningkatan risiko tersumbatnya pembuluh darah otak. Jika proses ini terjadi, maka akan menyebabkan timbulnya penyakit stroke Jayanti (2015). hasil analisis

ini menunjukkan bahwa individu yang hipertensi mempunyai proporsi lebih besar mengalami stroke dibandingkan dengan individu yang tidak mengalami stroke pada lansia.

#### **4.1.4 *Age Related Changes* (Perubahan Terkait Proses Menua) : Fungsi Fisiologis**

Pemeriksaan didapatkan yaitu pada pemeriksaan ekstremitas yaitu Ny. N merasakan kaku sendi pada kaki dan nyeri pada lutut di kondisi tertentu serta kekuatan otot menurun (skala 3), rentang gerak terbatas.

Aktivitas fisik sangat memengaruhi stabilitas tekanan darah. Seseorang yang tidak aktif dalam melakukan suatu kegiatan cenderung akan mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi. Hal tersebut akan mengakibatkan otot jantung bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras otot jantung dalam memompa darah, makin besar pula tekanan darah yang membebankan pada dinding arteri sehingga tahanan perifer yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. Kurangnya aktivitas fisik juga dapat meningkatkan risiko kelebihan berat badan yang akan menyebabkan risiko hipertensi meningkat (Andriani, 2017). Aktivitas fisik merupakan suatu gerakan tubuh yang dapat dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Aktivitas fisik yang tidak ada (kurangnya aktivitas fisik) merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya penyakit kronis, dan secara keseluruhan diperkirakan dapat menyebabkan kematian secara global (WHO, 2010). Proverawati (2010) menjelaskan bahwa seseorang dengan aktivitas fisik yang kurang meningkatkan prevalensi terjadinya obesitas. Orang-orang yang kurang aktif dalam melakukan kegiatan memerlukan kalori dalam jumlah sedikit dibandingkan orang yang memiliki aktivitas tinggi.

Seseorang yang hidupnya kurang aktif atau tidak melakukan aktivitas fisik yang seimbang dan mengonsumsi makanan yang tinggi lemak, akan cenderung mengalami obesitas yang berdampak pada tekanan darah. Pada aktivitas fisik yang senantiasa aktif dan teratur akan menyebabkan pembuluh darah cenderung lebih elastis sehingga akan mengurangi tahanan perifer (Suirakoka, 2012). Aktivitas fisik juga melambatkan arterosklerosis yang sangat berperan dalam terjadinya gangguan kardiovaskular termasuk hipertensi. Aktivitas fisik dapat meningkatkan aliran darah ke jantung, menjaga elastisitas arteri dan fungsi arterial dan membuat tekanan darah terkontrol (Kowalski, 2010).

#### **4.1.5 Tes keseimbangan (Time up Go test)**

Pemeriksaan didapatkan Ny. N menunjukkan resiko tinggi jatuh dengan interpretasi hasil 20 detik. Hamid et al (2017) menyebutkan bahwa resiko jatuh pada lansia akan semakin meningkat seiring dengan penambahan usia. Kejadian jatuh pada lansia setiap tahunnya tercatat sekitar 30% terjadi pada lansia berusia 65 tahun atau lebih dan pada lansia berusia 80 tahun atau lebih angka kejadian jatuh meningkat menjadi 50% di seluruh dunia. Kejadian jatuh dapat membawa dampak serius yang dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas pada lansia karena pada tahapan lansia seorang individu akan beresiko mengalami osteoporosis dan bila terjadi jatuh maka resiko terjadinya fraktur akan semakin tinggi. Rubenstein dan Josephson (2006) menyebutkan bahwa kejadian jatuh pada lansia dipengaruhi oleh faktor resiko yang terbagi menjadi faktor resiko intrinsik dan ekstrinsik. Faktor resiko intrinsik meliputi (1) gaya berjalan, (2) neuropati perifer, (3) disfungsi vestibular, (4) kelemahan otot, (4) gangguan penglihatan (5) kondisi patologis, (6) peningkatan usia, (7) gangguan pemenuhan ADL, (8)

hipotensi orthostatis, (8) demensia, dan (9) obat. Sedangkan faktor ekstrinsik terdiri dari (1) faktor lingkungan, (2) penggunaan alas kaki yang kurang tepat, dan (3) penggunaan restrain.

#### **4.1.6 Status Nutrisi**

Pemeriksaan didapatkan Ny. N menunjukkan bahwa nutrisi pada tahap risiko tinggi dengan interpretasi hasil 6. Penelitian yang dilakukan Leslie dan Hankey (2015) menyebutkan bahwa proses menua selalu diiringi dengan berbagai perubahan yang menyebabkan kebutuhan nutrisi lansia menjadi tidak terpenuhi. Lebih lanjut disebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi timbulnya kondisi anoreksia pada lansia diantaranya (1) penurunan pengeluaran energi, (2) perubahan fisik (3) perubahan patologis dan (4) faktor sosial. Yuniarti (2011) menyebutkan bahwa lansia selalu beresiko terhadap malnutrisi karena adanya proses penurunan asupan makanan akibat perubahan fungsi usus, inefektifitas metabolisme, kegagalan homeostasis dan defek nutrien. Semakin tua usia seseorang maka resiko seorang individu untuk mengalami malnutrisi akan semakin tinggi. Apabila hal ini tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan defisiensi energi protein dan nutrisi lainnya.

Leslie dan Hankey (2015) yang menyebutkan bahwa penurunan aktifitas fisik berkontribusi terhadap penurunan laju pengeluaran energi yang berdampak pada jumlah makanan yang dikonsumsi dimana lansia akan cenderung mengurangi intake makanannya sehingga menyebabkan penurunan intake mikronutrien. Pendapat ini didukung oleh fakta dimana beberapa responden mengatakan bahwa terkadang responden tidak menghabiskan satu porsi jatah makannya karena merasa kenyang sehingga mereka akan memakan setengah porsi

saja dan sisanya akan dimakan beberapa jam kemudian atau saat jam makan berikutnya.ang berpengaruh terhadap munculnya kondisi anoreksia pada lansia.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan yang muncul pada tanggal 09 November 2020 pada Ny. N dengan diagnosa medis Hipertensi sebagai berikut :

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

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

Pasien yang kurang melakukan aktivitas fisik juga cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantungnya harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras dan sering otot jantung harus memompa, makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri. Peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh aktivitas yang kurang akan menyebabkan terjadinya komplikasi seperti penyakit jantung koroner, gangguan fungsi ginjal, stroke (Anggara & Prayitno, 2013). Dukungan dan fungsi keluarga dalam kehidupan lansia sangat penting, karena setidaknya 85% lansia membutuhkan

dukungan dari keluarga (Stanhope & Lancaster, 2004). Keluarga menjadi support system dalam kehidupan pasien hipertensi, agar keadaan yang dialami tidak semakin memburuk dan terhindar dari komplikasi akibat hipertensi. Jadi dukungan keluarga diperlukan oleh pasien hipertensi yang membutuhkan perawatan dengan waktu yang lama dan terus-menerus ( Ningrum, 2012).

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk perilaku melayani yang dilakukan oleh keluarga baik dalam bentuk dukungan emosional, penghargaan/penilaian, informasional dan instrumental (Fridman, 1998 dalam setiadi, 2008). (sigit, 2005 dalam sinaga, 2015) mengemukakan keluarga merupakan tempat yang aman dan damai untuk membantu pemulihan dari penyakit. Hal ini terjadi karena seseorang tidak mungkin memenuhi kebutuhan fisik maupun psikologis sendirian. Individu membutuhkan dukungan social dimana salah satunya berasal dari keluarga. Keluarga merupakan suatu sistem, sebagai system keluarga mempunyai anggota yaitu ayah, ibu, kakak atau semua individu yang tinggal di dalam rumah. Masalah kesehatan yang dialami oleh salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi anggota keluarga yang lain dan seluruh system. Keluarga merupakan system pendukung yang vital bagi individuindividu (Sudiharto,2012)

## 2. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Kelemahan

SDKI Kategori Psikologi, Subkategori kebersihan diri D.0109 Hal 240

Tujuan yang ingin penulis capai pada intervensi defisit perawatan diri yaitu setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri dapat meningkat , dengan kriteria hasil Kemampuan mandi kembali normal, kemampuan memakai pakaian kembali normal. Intervensi yang diberikan meliputi : Identifikasi usia dan budaya dalam membantu Kebersihan

diri, Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, Monitor kebersihan tubuh (Mis: rambut, mulut, kulit,kuku), Monitor integritas kulit, Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian, Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi Terhadap kesehatan.

Penelitian Han et al. (2014) mengatakan bahwa hipertensi adalah salah satu penyakit yang dapat dikendalikan dengan melakukan perawatan diri. Beberapa perawatan diri pada hipertensi yaitu diet rendah garam dan lemak, rutin melakukan aktivitas fisik, tidak , monitoring tekanan darah, tidak merokok, mengendalikan stres, monitoring berat badan. Muchtadi (2011) terdapat beberapa perubahan yang terjadi pada lansia diantaranya pada sistem kardiovaskular seperti katup jantung menebal dan kaku, menurunnya elastisitas pembuluh darah serta terjadinya peningkatan resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat. Semakin bertambahnya usia, kemampuan lansia menurun dan mengalami perubahan. Menurut Muchtadi (2011) terdapat beberapa perubahan yang terjadi pada lansia diantaranya pada sistem kardiovaskular seperti katup jantung menebal dan kaku, menurunnya elastisitas pembuluh darah serta terjadinya peningkatan resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat. Perawatan diri pada lansia hipertensi berguna untuk pengelolaan dan pengendalian faktor resiko komplikasi yang mungkin terjadi.

Menurut Yang et al. (2014) bahwa perilaku perawatan diri pada hipertensi adalah pengobatan rutin, diet rendah garam dan lemak, aktivitas fisik, mengendalikan stress, monitoring berat badan, tidak merokok, dan monitoring tekanan darah. Perawatan diri merupakan faktor yang penting dalam peningkatan kesehatan. Perawatan diri yang efektif dapat mengurangi komplikasi, kemandirian

dan kepercayaan diri meningkat, serta dapat meningkatkan kualitas hidup (Permatasari, Lukman, & Supriadi, 2014). Menurut Cameron & Thomson (2012) mengatakan perawatan diri merupakan suatu proses yang melibatkan individu dalam pengelolaan kesehatannya dengan mengadopsi keterampilan dan perilaku untuk mencegah penyakit, merawat dan pemulihan kesehatan. Perawatan diri melibatkan kemampuan individu merawat dirinya sendiri untuk mempertahankan kesehatannya secara optimal (Richard (2012). Hal serupa dikemukakan oleh Findlow, Seymour dan Huber (2012) yang berpendapat bahwa aktivitas dan melakukan perawatan diri sangat berpengaruh dalam pengendalian tekanan darah.

### 3. Risiko Jatuh

SDKI Kategori Lingkungan, Subkatergori keamanan dan proteksi D.0143 Hal 306

Tujuan yang ingin penulis capai pada intervensi risiko jatuh yaitu setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas dapat menurun, dengan kriteria hasil jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun. intervensi yang diberikan : Identifikasi faktor risiko jatuhnya Mis : usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran Gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan, Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (Mis : *Fall Morse Scale*), Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke Kursi dan sebaliknya, Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan, Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang Anjurkan, melebarkan jarak

kedua kaki untuk Meningkatkan keseimbangan saat berdiri. Hamid et al (2017) menyebutkan bahwa resiko jatuh pada lansia akan semakin meningkat seiring dengan penambahan usia. Kejadian jatuh pada lansia setiap tahunnya tercatat sekitar 30% terjadi pada lansia berusia 65 tahun atau lebih dan pada lansia berusia 80 tahun atau lebih angka kejadian jatuh meningkat menjadi 50% di seluruh dunia. Kejadian jatuh dapat membawa dampak serius yang dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas pada lansia karena pada tahapan lansia seorang individu akan beresiko mengalami osteoporosis dan bila terjadi jatuh maka resiko terjadinya fraktur akan semakin tinggi.

### **4.3 Implementasi Keperawatan**

Hari 1 (10 November 2020)

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot
  - a. Mengidentifikasi adanya nyeri tekan atau keluhan fisik lainnya  
 Respon : Klien tidak merasa nyeri ataupun linu
  - b. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas pergerakan.  
 Respon : memantu klien selalu membantu klien saat melalkuakn aktifitas
  - c. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).  
 Respon : Klien tampak kooperatif dan bersemangat saat melakukan mobilisasi sederhana meskipun harus pelan-pelan seperti biasanya.
2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
  - a. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan  
 Respon : saat melakuakan aktifitas mandi (membantu berjalan)

- b. Monitor kebersihan tubuh  
Respon : rambut klien merasa gatal
  - c. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian  
Respon : klien tampak kooperatif dan Membantu klien
  - d. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi Terhadap kesehatan  
Respon : Klien tampak kooperatif dan bersemangat Saat di berikan informasi
3. Risiko Jatuh
- a. Identifikasi faktor risiko jatuh  
Respon : klien memiliki Riwayat jatuh (terpeleset)
  - b. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala  
Respon : *Time Up Go Test* klien yaitu > 13 detik
  - c. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke Kursi dan sebaliknya  
Respon : Klien mematuhi perawat dan berhati hati dalam berpindah
- Hari 2 (11 November 2020)
1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dnegan Penurunan kekuatan otot
- a. Mengidentifikasi adanya nyeri tekan atau keluhan fisik lainnya  
Respon : Klien tidak mnegeluh nyeri
  - b. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas pergerakan.  
Respon : keluarga selalu memantau klien saat aktifitas
  - c. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).  
Respon : Klien serta keliarga saling membantu

2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
  - a. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan  
Respon : saat melakukan aktifitas mandi
  - b. Monitor kebersihan tubuh  
Respon : klien mandi di bantu oleh keluarga
  - c. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian  
Respon : klien tampak kooperatif dan Membantu klien
  - d. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi Terhadap kesehatan  
Respon : Klien tampak kooperatif dan bersemangat Saat di berikan informasi
3. Risiko Jatuh
  - a. Identifikasi faktor risiko jatuh  
Respon : klien berhati-hati saat berjalan
  - b. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala  
Respon : *Time Up Go Test* klien yaitu > 13 detik
  - c. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke Kursi dan sebaliknya  
Respon : Klien mematuhi perawat dan berhati hati dalam berpindah

Hari 3 (12 November 2020)

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dnegan Penurunan kekuatan otot
  - a. Mengidentifikasi adanya nyeri tekan atau keluhan fisik lainnya  
Respon : Klien tidak merasa nyeri ataupun linu
  - b. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas pergerakan.

Respon : memantu klien selalu membantu klien saat melalkuakn aktifitas

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

Respon : Klien tampak kooperatif dan bersemangat saat melakukan mobilisasi sederhana meskipun harus pelan-pelan seperti biasanya.

- 2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

- a. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan

Respon : saat melakukan aktifitas mandi (membantu berjalan)

- b. Monitor kebersihan tubuh

Respon : rambut klien merasa gatal

- c. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Respon : klien tampak kooperatif dan Membantu klien

- d. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi Terhadap kesehatan

Respon : Klien tampak kooperatif dan bersemangat Saat di berikan informasi

- 3. Risiko Jatuh

- a. Identifikasi faktor risiko jatuh

Respon : klien memiliki Riwayat jatuh (terpeleset)

- b. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala

Respon : *Time Up Go Test* klien yaitu > 13 detik

- c. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke Kursi dan sebaliknya

Respon : Klien mematuhi perawat dan berhati hati dalam berpindah

#### 4.4 Evaluasi Keperawatan

- 1 Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan evaluasi subjektif Pasien mengatakan mulai tidak enggan berjalan, Klien mengatakan senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat. Evaluasi objektif Pasien tampak bisa tenang dan berhati hati saat berjalan, Pasien mengikuti arahan perawat. Assesment pergerakan cukup meningkat, kekuatan otot cukup meningkat. Planning intervensi mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) dilanjutkan.
- 2 Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dengan evaluasi subjektif Klien mengatakan mulai mandi setiap hari, Klien mengatakan baru mendapat informasi tentang dampak serta manfaat mandi. Evaluasi objektif TD : 150/100 mmHg, Nadi : 98x/menit, RR : 22x/menit, S : 36°C, Klien tampak lebih tenang, Klien tampak lebih rileks, Frekuensi mandi 1x sehari. Assesment Kemampuan mandi cukup meningkat, Kemampuan mengenakan pakaian cukup meningkat. Planning intervensi Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian dilanjutkan.

Menurut Setiadi (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga ada faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi tahap perkembangan, pendidikan atau tingkat pengetahuan, faktor emosi dan spiritual, sedangkan faktor eksternal meliputi praktik dikeluarga, sosial ekonomi dan latar belakang budaya. Perawat mempunyai peran sebagai educator. Friedman (1998) dalam Rachmawati, (2013), menyatakan adanya beberapa aspek dukungan keluarga yaitu dukungan emosional,

dukungan instrumental, dukungan informatif, serta dukungan penghargaan. Dalam meningkatkan peran keluarga perawat dapat mengedukasi keluarga dengan mengajarkan keluarga untuk melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, sehingga keluarga dapat mengenali masalah kesehatan yang dialaminya dan dapat memberi dukungan.

Penelitian Steves, et al (2016) yang menunjukkan bahwa lansia yang tinggal bersama dengan anggota keluarga yang menunjukkan care (perhatian, kepedulian, kasih sayang) lebih produktif dibandingkan dengan lansia yang tinggal dengan anggota keluarga pasif. Hal tersebut didukung dengan yang dikemukakan oleh Mickey (2009) lansia yang menunjukkan hendaya dalam fungsi fisiologis, kognitif dan sosial dapat dihambat oeh keterlibatan keluarga dalam memberikan peran khusus sebagai orang yang menunjukkan kepedulian pada lansia. Nugroho (2011) juga mengatakan bahwa degeneratif sel pada seluruh sistem tubuh lansia tidak dapat dicegah, namun dapat diperlambat dengan dukungan emosional keluarga dalam merawat lansia. Pada pernyataan diatas penulis memberikan asumsi bahwa pentingnya dukungan keluarga pada lansia yang memiliki masalah kesehatan karena keluarga adalah orang yang paling terdekat serta dukungan keluarga memberikan beberapa aspek salah satu adalah dukungan emosional yaitu mengerti akan masalah serta psikologi lansia saat memiliki masalah kesehatan, oleh karena itu evaluasi keperawatan ini tercapai didukung oleh peran serta dukungan keluarga pada klien.

- 3 Risiko cedera dengan evaluasi subjektif Klien Klien mengatakan memiliki riwayat jatuh terpeleset, Klien merasarileks dan berhati hati dalam

melakukan berpindah. Evaluasi objektif TD : 150/100mmHg, Nadi :98x/menit, RR : 22x/menit, S : 36°C, Klien tampak lebih tenang, Klien tampak lebih rileks, Skor *Time up go test* yaitu >13 detik. Assesment Jatuh saat berdiri cukup menurun, Jatuh saat berjalan cukup menurun, jatuh saat di kamar mandi sedang . Planning intervensi Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah dilanjutkan.

## **BAB 5**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Hipertensi di Wilayah RT. 03 Pacar Keling Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Hipertensi

#### **5.1 Simpulan**

1. Pada pengkajian bayi didapatkan data fokus kondisi pasien lemah, mengeluh pusing 3 hari dan merasa gatal
2. Diagnosa keperawatan utama pada Ny. N adalah Gangguan mobilitas fisik, hal ini dikarenakan pasien mengalami post stroke sejal 4 tahun yang lalu , serta pada pemeriksaan di temukan terjadi penurunan kekuatan otot ( skala 3), ROM mengalami penurunan, serta refleks pada bisep mengalami penurunan.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan utama dengan tujuan utama yaitu mengidentifikasi adanya nyeri saat melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, dan menganjurkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur, jalan secara perlahan).
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah identifikasi nyeri saat melakukan pergerakan (nyeri pada lutut), serta melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan sederhana ( duduk di tempat tidur, jalan perlahan), serta melibatkan keluarga dalam membantu memandikan

pasien di kamar mandi ( pasien tampak senang dan segar).

5. Hasil evaluasi pada tanggal 10 november 2020 Pasien mengatakan masih merasa sulit bergerak, Klien dan keluarga mengatakan bahwa mereka senang bisa diajarkan mobilisasi sederhana oleh perawat. Data Objektif menunjukkan kekuatan otot 3 serta pasien tampak lemah.

## 5.2 **Saran**

Berdasarkan dari simpulan diatas penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan diperlukannya hubungan baik dan keterlibatan keluarga serta tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya memiliki pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Hipertensi dimana kasus ini sangat sering ditemukan dan memiliki komplikasi yang serius.
3. Dalam peningkatan mutu Asuhan Keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu ronde keperawatan untuk membahas tentang masalah serta tindakan keperawatan pada pasien yang tidak mengalami perbaikan kondisi walaupun sudah diberikan berbagai terapi dan tindakan keperawatan lainnya.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya dalam bidang pengetahuan.
5. Diharapkan bagi perawat untuk meningkatkan sikap *caring* dan professional

dalam pemberian asuhan keperawatan secara holistic serta meningkatkan pemahaman mengenai konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan Asuhan Keperawatan dengan baik dan professional.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amin Huda Nurarif dan Hardhi Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 2*. MediAction Publishing.
- Aripin. 2015. Pengaruh Aktivitas Fisik, Merokok, dan Riwayat Penyakit Dasar Terhadap Terjadinya Hipertensi di Puskesmas Sempu Kabupaten Banyuwangi Tahun 2015. Tesis. Program Magister Prodi IKM, Universitas Udayana, Bali.
- Azizah, L.M. (2011). Keperawatan Lanjut Usia. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Depkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta.
- Depkes RI. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018.
- Destriani. 2012. Hubungan Obesitas dan Aktifitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi. Skripsi. Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas hasanuddin, Makassar.
- Dian Kusumawardhani, P. A. (2018). Peran Posyandu Lansia Terhadap Kesehatan Lansia Di Perumahan Bina Griya Indah Kota Pekalongan. *Jurnal Siklus*, 7.
- Efendi. F., & Makhfudli. (2009). Keperawatan kesehatan komunitas. Jakarta: Salemba Medika.
- Friedman, M.M. 2004. Family Nursing Research Theory and Practice. 5th Ed. Stamford: Appieton & lange.
- Hamed, A., Mohammed, N. & Aly, H., 2017. Elderly Fall Preva;ence and Associated Factors in Sohag Governorate. The Egyptian Journal of Community Medicine, 35(4), pp. 1 - 13.
- I.M, Jaya, W., I, W, G.. Artawan, E. P., Luh, S. A. 2016. Riwayat Keluarga, Stres, Aktivitas Fisik Ringan, Obesitas dan Konsumsi Makanan Asin Berlebihan Sebagai Faktor Risiko Hipertensi. Public Health and Preventive Medicine Archive, Desember 2016 Volume 4 Nomor 2 .
- Krishnaswamy, B. & Usha, G., 2012. Falls in Older People, Chennai City: Madras Medical College and Government General Hospital.
- Leslie, W. & Hankey, C., 2015. Aging, Nutritional Status and Aging. Healthcare Journal, 3(3), pp. 648 - 658.

- MIng, H. C. & How, R. G., 2014. Nutritional status and Falls in Community Dwelling Old People : A Longitudinal Study of A Population Based. *Plos One*, 9(3), pp. 1 - 10
- M.Sumarni. (2018). Jurnal Ilmiah Kesehatan Research Article Maria Sumaryati. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada ISSN, Vol.6,Issu(2005)*, 1379–1383.
- Nanda NIC NOC. (2015). *Diagnosis DefinisidanKlasifikasi*. PenerbitBuku Kedokteran: EGC
- Nursalam. (2015). Metodologi Ilmu Keperawatan (Ed 4). Salemba Medika.
- Padila. (2013). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pudiastuti, D.R., 2011, Penyakit Pemicu stroke, Yogyakarta : Muha Medika
- Prawitasari, J. E. (2016). Aspek Sosio-Psikologis Lansia Di Indonesia. *Buletin Psikologi*, 2(1), 27–34. <https://doi.org/10.22146/bpsi.13240>.
- Rachmawati, YA. (2013). Dukungan Keluarga Dalam Penatalaksanaan Hipertensi di Puskesmas Candirejo Magetan. Surakarta: SKRIPSI. Universitas Muhammadiyah.
- Schwartz, G. L., & Sheps, S. G. (1999). A review of the Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Current Opinion in Cardiology*, 14(2), 161–168. <https://doi.org/10.1097/00001573-199903000-00014>
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Setiadi. (2008). Konsep & keperawatan keluarga. Yogyakarta: Graha ilmu
- Siti Nur Kholifa. (2016). Keperawatan Gerontik. In M. K. Mutimanda Dwisatyadini, Ns. (Ed.), *Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya MANusia Kesehatan*. Retrieved from [www.pusdiknakes.com](http://www.pusdiknakes.com)
- Sya'diyah, H. (2018). *Keperawatan Lanjut Usia Teori dan Aplikasi*.
- WHO. 2013. A Global Brief on Hypertension.
- WHO. 2014. Global Status Report on Noncommunicable Disease.

**Lampiran 1***Curriculum Vitae*

Nama : Mei Ayu Sari  
NIM : 2030068  
Progam Studi : Profesi Ners  
Tempat,Tanggal Lahir : Surabaya, 13 Mei 1998  
Umur : 23 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Nama Orang Tua : Goenadi dan Bunasri  
Agama : Islam  
Alamat : Bronggalan sawah 1 No. 8 Surabaya  
No Hp : 08977452681  
Email : meiyusari13@gmail.com

## Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2004 - 2010 : SD Mardi Putera Surabaya
2. Tahun 2010 - 2013 : SMP Kristen YBPK 1 Surabaya
3. Tahun 2013 – 2016 : SMK Kesehatan Nusantara Surabaya
4. Tahun 2016 – 2020 : S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Hang  
Tuah Surabaya

## Lampiran 2

### MOTTO dan PERSEMBAHAN

“SEMUA ADA HIKMAHNYA JIKA KITA MAMPU BERUSAHA”

Persembahan :

1. Ayah dan Ibu saya, Bapak Geonadi dan Ibu Bunasri yang selalu memberi dukungan baik materil, hingga spiritual.
2. Kakak tercinta Agus Djunaedi beserta istri Murniawati dan Adik tercinta Febriyanti yang selalu menjadi penghibur ketika jenuh terhadap rutinitas dan proses penyusunan ini.
3. Untuk Budhe Ti dan Budhe Pina terimakasih atas dukungannya ketika saya memilih kuliah perawat, nasehat-nasehat pantang menyerah, dan untuk selalu memberi respon positif terhadap hal yang saya lakukan.
4. Untuk sahabat-sahabat saya (Ifva, Puput, Nishrina, Kahita) yang selalu memberikan dukungan, dan hiburan disela-sela pengerjaan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Untuk sahabat-sahabat saya (Yugi Rere, Dova) yang selalu memberi hiburan ketika saya jenuh mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Untuk Ners Angkatan 10 terimakasih telah memberikan semangat dan doa untuk penulisan ini, Semoga kita selalu dimudahkan dalam segala urusan oleh Allah SWT.
7. Untuk teman-teman yang lain yang tak bisa saya sebutkan satu-persatu, terimakasih atas dukungan dan bantuan dalam segala bentuk selama penyusunan ini.

FORM PENGUKURAN  
TIMED UP AND GO TEST

PROSEDUR PENGUKURAN:

1. Peralatan: kursi dengan penyangga, meterline, cone atau penanda lainnya, dan stopwatch.
2. Pasien diberikan penjelasan terlebih dahulu tentang prosedur dalam menjalankan test Timed Up and Go Test.
3. Setelah itu pastikan pasien duduk dengan nyaman dan bersandar diatas kursi dengan posisi lengan berada diatas penyangga kursi.
4. Pasien menggunakan alas kaki yang nyaman.
5. Tempatkan cone atau penanda yang telah disiapkan sejauh 3 meter dari posisi pasien duduk dan dapat terlihat oleh pasien.
6. Pada saat fisioterapis memberi aba-aba “mulai” , pasien berdiri dan mulai berjalan kearah cone atau tanda yang telah disiapkan kemudian berputar di sekitar cone/penanda tersebut kemudian berjalan kembali ke kursi dan duduk.
7. Perhitungan waktu pada pasien dimulai ketika aba-aba “mulai” sampai pasien duduk semula di tempat duduknya.
8. Pasien tidak boleh dibantu saat melakukan test.
9. Hasil perhitungan dihubungkan dengan kecepatan gaya berjalan dan keseimbangan tingkat fungsional.
10. Pengukuran dilakukan sebelum diberikan intervensi dan minggu kedua sampai minggu keempat untuk mengetahui nilai peningkatan pada keseimbangan pada lansia.

Interpretasi:

Nilai Timed Up & Go Test

Waktu	Kriteria
< 10 detik	Normal
< 20 detik	Mobilitas baik, mampu pergi keluar rumah sendiri tanpa bantuan
< 30 detik	Masalah, tidak bisa pergi keluar rumah sendiri, membutuhkan bantuan orang lain ketika berjalan atau menggunakan alat bantu.

Sumber : Fenderson, Claudia B., & Wen K. Ling. 2012. Pemeriksaan Neuromuskular. Jakarta : Erlangga Medical Series.