**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK Ny.K DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN SURABAYA**

****

**Oleh :**

**HINDAYATUS SHOKHIFAH, S.Kep.**

**NIM.1930036**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# **KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK Ny.K DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**

****

**Oleh :**

**HINDAYATUS SHOKHIFAH, S.Kep.**

**NIM.1930036**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Surabaya, 2020  Penulis |  |
| **Hindayatus S, S.Kep.**  **NIM. 1930036** |

# **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Hindayatus Shokhifah, S.Kep

NIM : 1930036

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

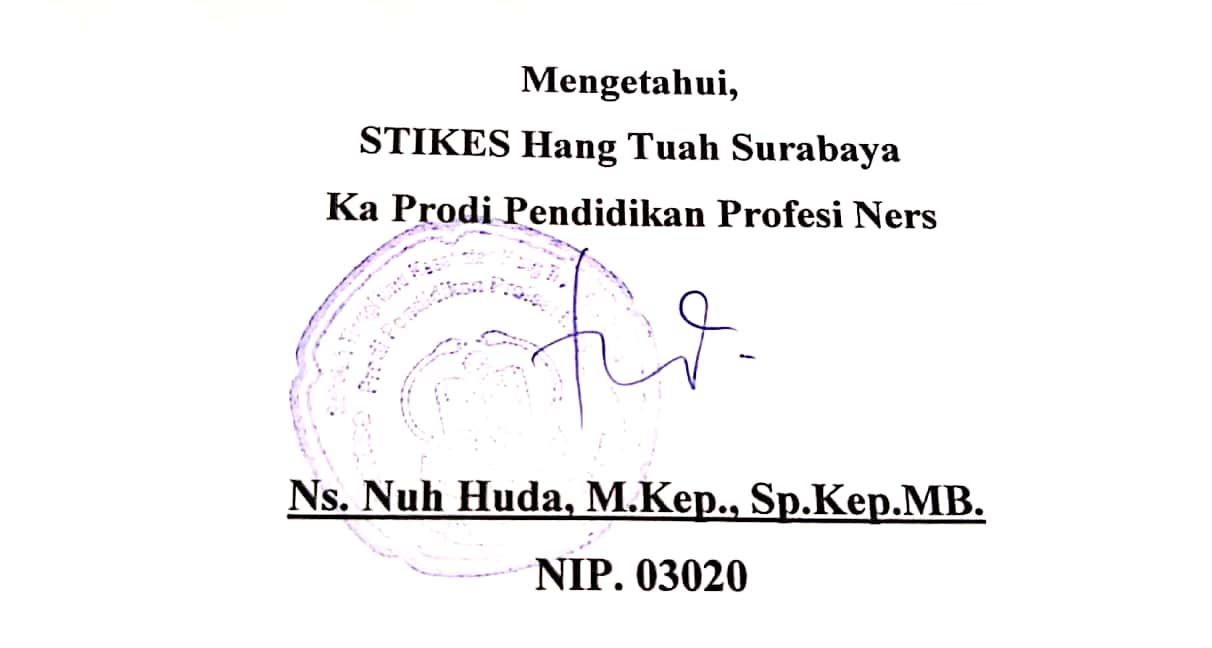
Judul :Asuhan Keperawatan Gerontik Ny.K dengan Diagnosa Medis Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns)**

**Surabaya, 2020**

|  |
| --- |
| **Pembimbing** |
| C:\Users\ok\Downloads\ebf91c2c-7eec-4225-8fa4-f9e5e8702e31.jpg  **Diyan Mutyah, S.Kep., M.Kes**  **NIP.03053** |



# **HALAMAN PENGESAHAN**

Proposal dari :

Nama : Hindayatus Shokhifah, S.Kep

NIM. : 193.0036

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul :Asuhan Keperawatan Gerontik Ny.K dengan Diagnosa Medis Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

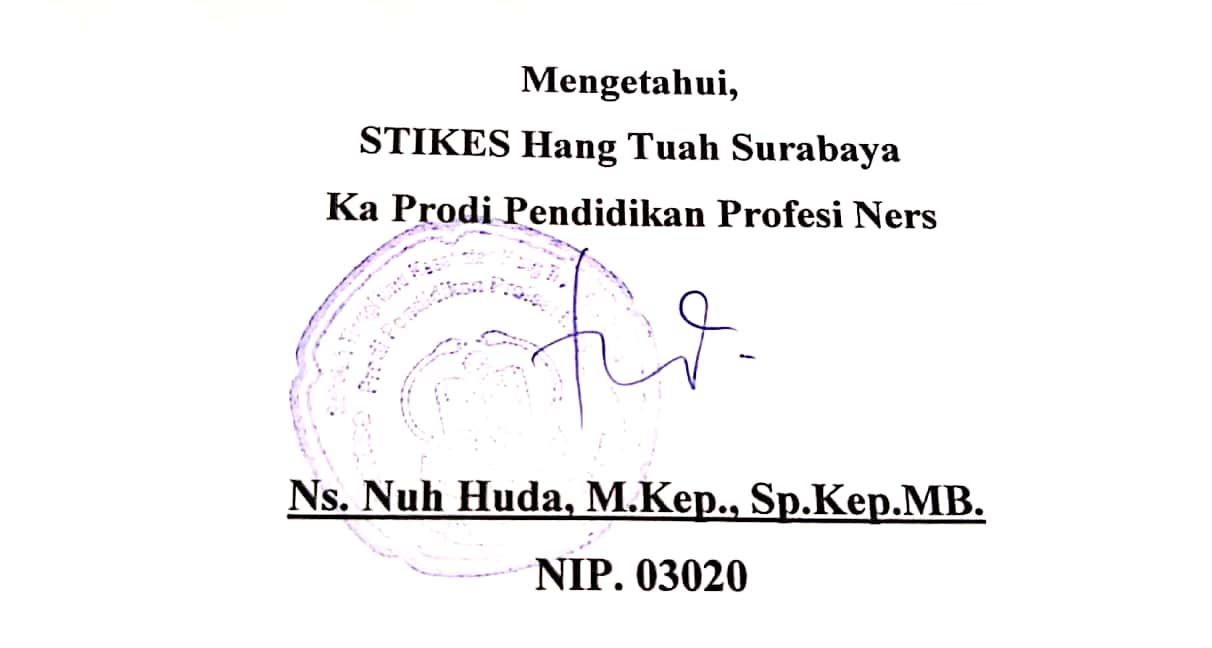
Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Imiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada prodi Pendidikan Profesi Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I :  **Ns. Sukma Ayu C, M.Kep., Sp. Kep.J**

**NIP. 03023**

Penguji II : **Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes** 

**NIP. 03053**



Ditetapkan : Surabaya

Tanggal : Juli 2020

# **KATA PENGANTAR**

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

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

1. Ibu Wiwiek Lestyaningrum, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Septarti Hendartini S.sos Kepala UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Diyan Mutyah, S.Kep., M.Kes selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
7. Teman-teman sealmamater profesi ners A10 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Surabaya, 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

[KARYA TULIS ILMIAH ii](#_Toc47531328)

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN iii](#_Toc47531329)

[HALAMAN PERSETUJUAN iv](#_Toc47531330)

[HALAMAN PENGESAHAN v](#_Toc47531331)

[KATA PENGANTAR vi](#_Toc47531332)

[DAFTAR ISI viii](#_Toc47531333)

[DAFTAR TABEL x](#_Toc47531334)

[DAFTAR GAMBAR xi](#_Toc47531335)

[DAFTAR LAMPIRAN xii](#_Toc47531336)

[DAFTAR SINGKATAN xiii](#_Toc47531337)

[BAB 1 1](#_Toc47531338)

[1.1. Latar Belakang 1](#_Toc47531339)

[1.2. Rumusan Masalah 4](#_Toc47531340)

[1.3. Tujuan Karya Tulis Ilmiah 4](#_Toc47531341)

[1.3.1. Tujuan Umum 4](#_Toc47531342)

[1.3.2. Tujuan Khusus 4](#_Toc47531343)

[1.4. Manfaat Karya Tulis Ilmiah 5](#_Toc47531344)

[1.4.1. Manfaat Teoritis 5](#_Toc47531345)

[1.4.2. Manfaat Praktis 5](#_Toc47531346)

[1.5 Metode Penulisan 6](#_Toc47531347)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_Toc47531348)

[2.1 Konsep Lansia 9](#_Toc47531349)

[2.1.4 Perubahan Pada Lansia 10](#_Toc47531350)

[2.2 Konsep Hipertensi 24](#_Toc47531351)

[2.2.2 Etiologi 25](#_Toc47531352)

[2.2.2.1 Hipertensi Esensial atau Primer 25](#_Toc47531353)

[2.2.2.2 Hipertensi Sekunder 26](#_Toc47531354)

[2.2.3 Faktor Risiko 26](#_Toc47531355)

[2.2.3.1 Faktor yang dapat diubah 26](#_Toc47531356)

[2.2.3.2 Faktor yang tidak dapat diubah : 28](#_Toc47531357)

[2.2.4 Klasifikasi 29](#_Toc47531358)

[2.2.5 Patofisiologi 30](#_Toc47531359)

[2.2.6.2 Gejala yang lazim 31](#_Toc47531360)

[2.2.7 Komplikasi 32](#_Toc47531361)

[2.2.8 Penatalaksanaan 34](#_Toc47531362)

[2.2.8.1 Penatalaksanaan Nonfarmakologi 34](#_Toc47531363)

[2.2.8.2 Penatalaksanaan Farmakologi 37](#_Toc47531364)

[2.4 Konsep Asuhan Keperawatan 41](#_Toc47531365)

[2.4.2 Diagnosa Keperawatan 45](#_Toc47531366)

[2.4.3 Intervensi 46](#_Toc47531367)

[2.4.4 Implementasi 51](#_Toc47531368)

[2.4.5 Evaluasi 51](#_Toc47531369)

[**3.1** **Pengkajian** 53](#_Toc47531370)

[Dx 1 Nyeri kronis b/d ketidakseimbangan neurotransmitter 96](#_Toc47531371)

[Dx 2 Gangguan mobilitas fisik b/d kekakuan sendi 97](#_Toc47531372)

[Dx 3 Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi 99](#_Toc47531373)

[DAFTAR PUSTAKA 107](#_Toc47531374)

[LAMPIRAN 1 109](#_Toc47531375)

[LAMPIRAN 2 110](#_Toc47531376)

[LAMPIRAN 3 111](#_Toc47531377)

[IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF 120](#_Toc47531378)

[INDEKS KATZ 123](#_Toc47531379)

# 

# **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Indeks Massa Tubuh 24

Tabel 2.2 Klasifikasi 26

Tabel 3.1 Terapi Obat 58

Tabel 3.2 Analisa Data 59

Tabel 3.3 Prioritas Masalah 61

Tabel 3.4 Intervensi 62

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi 65

# **DAFTAR GAMBAR**

2.1 Skala Wong Beker Face Pain 38

2.2 *VAS* (*Visual Analog Scale)* 39

# **DAFTAR LAMPIRAN**

**Lampiran 1 Curiculum Vitae**

**Lampiran 2 MOTTO & PERSEMBAHAN**

# **DAFTAR SINGKATAN**

**SINGKATAN**

WHO : *World Health Organitation*

**SIMBOL**

% : Persen

? : Tanda Tanya

/ : Atau

= : Sama Dengan

− : Sampai

(+) : Positif

(-) : Negatif

< : Kurang Dari

> : Lebih Dari

≤ : Kurang Dari Sama Dengan

≥ : Lebih Dari Sama Dengan

# **BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Penuaan atau proses terjadinya tua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi serta memperbaiki kerusakan yang diderita (Stanley, 2008). Hipertensi merupakan penyakit kardiovaskular dimana penderita memiliki tekanan darah di atas normal. Penyakit ini seringkali disebut penyakit yang bisa dating tiba-tiba tanpa gejala karena tidak adanya gejala dan tanpa disadari penderita mengalami komplikasi pada organ-organ vital (Mathavan, 2017) Pada lanjut usia terjadi kemunduran fungsi tubuh dimana salah satunya adalah kemunduran fungsi kerja pembuluh darah. Penyakit yang sering dijumpai pada golongan lansia yang disebabkan karena kemunduran fungsi kerja pembuluh darah yaitu salah satunya hipertensi atau tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyakit degenerative yang mempunyai tingkat morbiditas dan mortalitas tinggi. Tekanan darah tinggi merupakan suatu penyakit akiba tmeningkatnya tekanan darah arterial sistemik baik sistolik maupun diastolik (Arlita, 2014).

Penderita penyakit Hipertensi cenderung terus mengalami peningkatan. World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa prevalensi penderita Hipertensi terus jadi peningkatan sebanyak 839 juta kasus penderita Hipertensi pada tahun 2012 dan diperkirakan akan meningkat pada tahun 2025 menjadi 1,5 milyar atau sekirar 29 % dari total penduduk seluruh dunia. Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2011 menunjukaan

dunia sekitar 972 juta orang atau 26,4% penduduk bumi menghidap hipertensi dengan perbandigan 26,65 pria dan 26,1% wanita. Menurut data dari RIKESDAS Provinsi Jawa Timur pada tahun 2018 Prevalensi penyakit hipertensi mencapai 26,2%. Prevalensi terdapat pada kelompok lansia berusia > berusia 75 tahun yaitu sebesar 62,4% Prevalensi hipertensi di Kota Surabaya mencapai 22,0 %. Berdasarkan hasil survey pendahuluan di lakukan UPTD Griya Werdha Surabaya mendapatkan jumlah kasus penyakit degenerative tertinggi menurut data angka kesakitan adalah hipertensi dengan jumlah kasus terbanyak 30 orang dari 147 lansia di UPTD Griya Werdha Kota Surabaya.

Penyebab dari hipertensi pada lansia bila tidak di tangani dengan baik, akan menyebabkan penurunan fungsi fisik dan fisiologis sehingga terjadi kerusakan tubuh yang lebih parah, menimbulkan banyak komplikasi dan mempercepat kematian. Hipertensi pada lansia bila tidak segera diobati dapat menyebabkan gagal jantung, stroke dan gagal ginjal (Potter dan Perry, 2005). Faktor yang dapat mempengaruhi hipertensi ada dua yaitu, faktor yang dapat dikendalikan seperti obesitas, medikasi, gayahidup, stress dan faktor yang tidak dapat di kenali seperti usia, riwayat keluarga, jenis kelamin (Junaedi, E dkk, 2013). Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada lansia pada Panti Griya Werdha Jambangan berdasarkan SDKI masalah keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan hipertensi adalah risiko perfusi miokard tidak efektif, risiko perfusi renal tidak efektif, risiko perfusi serebral tidak efektif, dan salah satu dampak menyebabkan nyeri yang sebagian dirasakan oleh para lansia penderita hipertensi. Dampak dari penyakit hipertensi menyebabkan masalah keperawatan salah satunya yakni nyeri. Nyeri akut adalah nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi enam bulan ,serta ditandai dengan dengan adanya peningkatan tekanan otot. Gejala dan tanda mayor minor dari nyeri akut adalah tampak meringis, klien bersikap protektif ( misalnya waspada ,posisi menghindari nyeri), frekuensi nadi klien meningkat, sulit tidur, sulit beraktivitas menurut teori (Persatuan Perawat Republik Indonesia, 2016) dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.

Penyakit hipertensi harus mendapatkan penanganan yang tepat apabila tidak akan menimbulkan komplikasi lainnya dan menyebabkan kematian. Penelitan (Yana, 2014) Nyeri tengkuk yang biasa terjadi pada hipertensi dapat diberikan intervensi dengan massage, menunjukan bahwa dilakukan duakali sehari pagi dan sore. Minyak zaitun memiliki kandungan vitamin E yang berguna untuk melembabkan kulit saat dioleskan serta memiliki kandungan polifenol yang berguna sebagai antiinflamasi saat meresap ke dalam pori-pori kulit sehingga menurunkan nyeri. Pengetahuan yang harus dimiliki oleh pasien hipertensi meliputi arti penyakit hipertensi, penyebab hipertensi, gejala yang sering menyertai dan pentingnya melakukan pengobatan yang teratur dan terus- menerus dalam jangka panjang serta mengetahui bahaya yang ditimbulkan jika tidak minum obat (Harahap et al., 2019). Kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi sangat penting karena dengan minum obat antihipertensi secara teratur dapat mengontrol tekanan darah pada penderita hipertensi, sehingga dalam jangka panjang risiko kerusakan organ- organ seperti jantung, ginjal, dan otak dapat dikurangi. Menurut Saepuddin dkk (2011) Obat antihipertensi yang tersedia saat ini terbukti dapat mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi, serta sangat berperan dalam menurunkan risiko berkembangnya komplikasi kardiovaskuler.

Berdasarkan latar belakang, peneliti bertujuan untuk mengidentifikasi data hasil pada lansia hipertensi dengan nyeri kronis, mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada lansa hipertensi dengan nyeri kronis, mengidentifikasi intervensi yang direncanakan pada asuhan keperawatan pada lansia hipertensi dengan nyeri kronis, mengidentifikasi implementasi yang dilakukan pada lansia hipertensi dengan nyeri kronis dan mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada lansia hipertensi dengan nyeri kronis

* 1. **Rumusan Masalah**

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya

* 1. **Tujuan Karya Tulis Ilmiah** 
     1. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan gerontik pada Ny.K dengan diagnosa hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri kronis di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian keperawatan gerontik pada Ny.K dengan diagnosa medis HipertensI di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan gerontik pada Ny.K dengan diagnosa medis Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan gerontik pada Ny.K dengan diagnosa medis Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan gerontik pada Ny.K dengan diagnosa medis Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan gerontik pada Ny.K dengan diagnosa medis Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan gerontik pada Ny.K dengan diagnosa medis Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
   1. **Manfaat Karya Tulis Ilmiah**
      1. **Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan memberikan manfaat bagi pembaca untuk menambah pengetahuan mengenai nyeri kronis

dengan diagnosa medis hipertensi, supaya asuhan kepeerawatan kepada diagnosa hipertensi

* + 1. **Manfaat Praktis**

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini menjadi pengalaman nyata bagi peneliti dan menambah wawasan ilmu pengetahuan dengan terjun lansung ke lapangan untuk membuat asuhan keperawatan pada diagnosa hipertensi dengan masalah nyeri kronis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi praktisi keperawatan dan dapat menjadi tambahan sebagai acuan membuat proposal dan dapat digunakan sebagai bahan penelitian mahasiswa selanjutnya.

1. Bagi Lahan Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk mengasuh secara keperawatan kepada pasien dengan diagnosa hipertensi

* 1. **Metode Penulisan**
     1. Metode

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

* + 1. Tenik Pengumpulan Data

1. Wawancara

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

1. Observasi

Data yang diambil melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat menerima kehadiran saya dengan baik.

1. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dan radiologi dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

* + 1. Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh saat pengkajian pasa praktek profesi stase gerontik pada tanggak 2 desember 2019, dan data dari pasien dan petugas kesehatan di panti UPTD Griya Werdha Jambangan

1. Data Sekunder

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

* + 1. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

* 1. **Sistematika Penulisan**

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

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

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Hipertensi.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

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

BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dam lampiran

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep Lansia, 2) Konsep Penyakit Hipertensi, 3) Konsep Nyeri, dan 4) Konsep Asuhan Keperawatan

### Konsep Lansia

* + 1. **Pengertian Lansia**

Lansia (Lanjut Usia) adalah manusia yang telah mencapai umur 60 tahun keatas, yang mengalami perubahan fisik dan mental, serta berpengaruh pada keseluruhan aspek kehidupan (UUD No. 13 tahun 1998 dalam ; Efendi & Makhfudli, 2010 ). Proses penuaan tidak sama pada setiap populasi karena adanya perbedaan genetika, gaya hidup, dan status kesehatan tiap individu. Proses penuaan merupakan suatu proses yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh, namun bukan merupakan suatu penyakit (Singh, 2014; Efendi & Makhfudli, 2010; UUD No. 13 tahun 1998).

* + 1. **Batasan Lansia**

1. Batasan-batasan lansia menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2012) yaitu:
   1. Usia pertengahan *(middle age*) : kelompok usia 45 sampai 59 tahun
   2. Lanjut usia *(elderly*) : antara 60 – 70 tahun
   3. Lanjut Usia Tua *(old)* : antara 70 -90 tahun
   4. Usia sangat tua *(very old*) : di atas 90 tahun
2. Batasan umur lansia menurut Departemen Kesehatan RI (2013) yaitu:
3. Pra Lansia : 45- 59 tahun
4. Lansia : 60 atau > 60 tahun
   * 1. **Tugas Perkembangan Lansia**

Seiring tugas kehidupan, lansia memiliki tahap perkembangan khusus. Hal ini dideskripsikan oleh (devall, 1977 dan Havighurst, 1953 dikutip oleh Potter dan Perry dalam Azizah, 2011 ), sebagai berikut :

1. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan.
2. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan.
3. Menyesuaikan terhadap kematian pasangan.
4. Menerima diri sendiri sebagai individu lansia.
5. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup.
6. Mendefinisikanulang hubungan dengan anak yang dewasa.
7. Menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup.

## Perubahan Pada Lansia

Nugroho, 2006 dalam Dewi, 2014, mengatakan perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, sosial, psikologis, dan nutrisi antara lain:

1. Perubahan Fisik
2. Sel
3. Jumlah sel menurun/lebih sedikit.
4. Ukuran sel membesar.
5. Jumlah cairan intraseluler menurun
6. Kardiovaskular
7. Katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume).
8. Elastisitas pembuluh darah menurun.
9. Serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat
10. Respirasi
11. Otot-otot pernapasan kekuatannya menurun dan kaku.
12. Elastisitas paru menurun.
13. Kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat.
14. Alveoli melebar dan jumlahnya menurun.
15. Kemampuan batuk menurun.
16. Serta terjadi penyempitan pada bronkus
17. Persarafan
18. Saraf pancaindra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespons dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stres.
19. Berkurangnya atau hilangnya lapisan mielin akson, sehingga menyebabkan berkurangnya respons motorik dan refleks
20. Muskuloskeletal
21. Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis).
22. Bungkuk (kifosis).
23. Persendian membesar dan menjadi kaku (atrofi otot).
24. Kram.
25. Tremor.
26. Tendon mengerut.
27. Dan mengalami sklerosis
28. Gastrointestinal
29. Esofagus melebar.
30. Asam lambung menurun.
31. Lapar menurun.
32. Peristaltik menurun sehingga daya absorpsi juga ikut menurun. Ukuran lambung mengecil serta fungsi organ aksesori menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan enzim pencernaan
33. Genitourinaria

Ginjal : mengecil , aliran darah ke ginjal menurun, penyaringan di glomerulus menurun, dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengonsentrasi urin ikut menurun

1. Vesika urinaria
2. Otot-otot melemah
3. Kapasitasnya menurun dan retensi urine.
4. Prostat : hipertrofi pada 75% lansia .
5. Vagina
6. Selaput lendir mengering.
7. Sekresi menurun.
8. Pendengaran
9. Membran timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran.
10. Tulang-tulang pendengaran mengalami kekakuan
11. Penglihatan
12. Respons terhadap sinar menurun.
13. Adaptasi terhadap gelap menurun.
14. Akomodasi menurun.
15. Lapang pandang menurun.
16. Dan katarak
17. Endokrin

Produksi hormon menurun

1. Kulit
2. Keriput serta kulit kepala dan rambut menipis.
3. Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
4. Elastisitas menurun.
5. Vaskularisasi menurun.
6. Rambut memutih (uban).
7. kelenjar keringat menurun.
8. Kuku keras dan rapuh.
9. Serta kuku kaki tumbuh berlebih seperti tanduk
10. Belajar dan memori
11. Kemampuan belajar masih ada tetapi relatif menurun.
12. Memori (daya ingat) menurun karena proses *encoding* menurun
13. Inteligensi

Secara umum tidak banyak berubah .

1. *Personality* dan *adjustment* (pengaturan)

Tidak banyak perubahan, hampir seperti saat muda .

1. Pencapaian (*Achievement*)
2. Sains.
3. Filosofi.
4. Seni.
5. Dan musik sangat memengaruhi
6. Perubahan Sosial

Teori Perkembangan Psikososial Andarmoyo (2012) perkembangan psikososial yang terjadi pada lansia:

a. Teori pemisahan, meliputi menarik diri antara individu lansia dan orang lain di tempat tiggal lansia. Perilaku menarik diri ini membebaskan lansia dari sejumlah tekana di masyarakat dan secara bertahap mengurangu jumlah orang yang berinteraksi dengan lansia.

b. Teori aktivitas, cara terbaik untuk lansia adalah dengan tetap aktif, baik secara fisik maupun mental.

c. Teori kontinuitas, menusia akan tetap mempertahankan nilai-nilai, kebiasaan, dan perilakunya diusia lanjut. Seseorang yang terbiasa berkumpul denganorang lain, akan terus melakukan hal yang sama diusia tuanya. Sedangkan lansia yang tidak pernah berurusan dengan orang lain, cenderung untuk menarik diri.

3. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Psikososial Lansia Terdapat beberapa faktor yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan psikososial lansia menurut Kuntjoro (2002), antara lain: a. Penurunan Kondisi Fisik Setelah orang memasuki masa lansia umumnya mulai dihinggapi adanya kondisi fisik yang bersifat patologis berganda (multiple pathology), misalnya tenaga berkurang, energi yang menurun, kulit 14 makin keriput, gigi makin rontok, tulang makin rapuh, dan sebagainya. Secara umum kondisi fisik seseorang yang sudah memasuki masa lansia mengalami penurunan secara berlipat ganda. Hal ini semua dapat menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik, psikologik maupun sosial, yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan ketergantungan kepada orang lain.

b. Penurunan Fungsi dan Potensi Seksual Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lanjut usia sering kali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik seperti:

1.) Gangguan jantung

2.) Gangguan metabolisme, misal diabetes mellitus

3.) Vaginitis

4.) Baru selesai operasi : misalnya prostatektomi

5.) Kekurangan gizi, karena pencernaan kurang sempurna atau nafsu makan sangat kurang

6.) Penggunaan obat-obat tertentu, seperti antihipertensi, golongan steroid, tranquilizer Selain itu terdapat pula Faktor psikologis yang menyertai lansia antara lain:

1.) Rasa tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia 15

2.) Sikap keluarga dan masyarakat yang kurang menunjang serta diperkuat oleh tradisi dan budaya

3.) Kelelahan atau kebosanan karena kurang variasi dalam kehidupannya

4.) Pasangan hidup telah meninggal

5.) Disfungsi seksual karena perubahan hormonal atau masalah kesehatan jiwa lainnya misalnya cemas, depresi, pikun dan sebagainya

c. Perubahan Aspek Psikososial Pada umumnya setelah orang memasuki lansia maka ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lainlain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik (konatif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan.

d. Perubahan Dalam Peran Sosial di Masyarakat Akibat berkurangnya fungsi indera pendengaran, penglihatan, gerak fisik dan sebagainya maka muncul gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia. Misalnya badannya menjadi bungkuk, pendengaran sangat berkurang, penglihatan kabur dan sebagainya sehingga sering menimbulkan keterasingan. Hal itu sebaiknya dicegah dengan selalu mengajak mereka melakukan aktivitas, selama yang bersangkutan masih sanggup, agar tidak merasa terasing atau diasingkan. Karena jika keterasingan terjadi akan semakin menolak untuk berkomunikasi dengan orang lain dan kdang-kadang terus muncul perilaku regresi seperti mudah menangis, mengurung diri, mengumpulkan barang-barang tak berguna serta merengek-rengek dan menangis bila ketemu orang lain sehingga perilakunya seperti anak kecil.

C. Pencapaian Tugas Perkembanagn Psikososial Lansia

1. Tugas Perkembangan Lansia Individu dalam setiap tahapan usia memiliki tugas dan perkembangan yang berbeda, begitu juga dengan usia lansia. Lansia memiliki tugas perkembangan untuk mencapai integritas diri yang utuh. Menurut Havighurst ada enam jenis tugas perkembangan yang harus dilakukan oleh lansia (Kozier dkk, 2010) yaitu:

a. Menyesuaikan diri dengan kekuatan fisik dan kesehatan tubuh yang menurun. Pada lansia sering diartikan sebagai masa kemunduran atau masa berkurangnya fungsi-fungsi fisik yang merupakan suatu perubahan pada sel-sel tubuh bukan karena penyakit khusus tapi karena proses menua (Hurlock: 1994 dalam Helvi, Sumarwati, Rosadi: 2009). Dengan menurunnya fungsi gerak pada lansia akan berdampak pada aktifitas sehari-hari. Dampak dari perubahan tersebut adalah timbulnya stress pada lansia (Karnadi: 1999 dalam Helvi, Sumarwati, Rosadi: 2009)

b. Menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan pendapatan yang menurun. Pensiun adalah kondisi dimana individu tersebut telah berhenti bekrja pada suatu pekerjaan yang biasa dilakukan. Dengan kata lain masa pension mempengaruhi aktivitas seseorang dari situasi kerja ke ituasi luar pekerjaan. Sedangkan berdasarkan pandangan psikologi, pensiun dapat dijelaskan sebagai suatu masa transisi ke pola hidup. Transisi ini meliputi perubahan peran dalam lingkungan social, perubahan minat, nilai dan perubahan dalam segenap kehidupan lansia (Eliana, 2003).

c. Menyesuaikan Diri dengan Kematian Pasangan Penyesuaian diri merupakan proses tercapainya keseimbangan antara apa yang diinginkan individu dan harapannya dengan apa yang dilihat dan dialami individu dan merupakan proses yang berkelanjutan antara diri sendiri, orang lain, dan dunia sekitar. Ciri–ciri individu yang dapat menyesuaikan diri dengan baik adalah individu yang dapat mengatasidiri dan masalah yang sedang dihadapi dengan cara yang tepat tanpa mengganggu aktivitas ataupun hubungannya dengan orang lain. Penyesuaian diri yang baik akan menimbulkan kepuasan psikis sehingga menimbulkan kebahagiaan, yang tampak dengan tidak terdapatnya perasaan kecewa, gelisah, lesu, depresi, dan tidak bersemangat. Penyesuaian diri yang baik juga akan tampak dalam kerja atau kegiatan yang efisien. Lansia melakukan penyesuaian diri terhadap perubahan yang ia alami salah satunya penyesuaian diri terhadap hilangnya pasangan hidup (Retno, 2008). Upaya penyesuaian diri pada lansia meliputi penerimaan secara sadar dari individu terhadap lingkungan, baik secara fisik, psikis, maupun sosial sesuai dengan kondisi yang dimiliki dan membutuhkan perhatian dan pengertian dari lingkungannya. Lingkungan tempat tinggal lansia sangat beragam dapat tinggal di rumahnya sendiri, atau tinggal bersama keluarga sehingga ada yang mengawasi dan memenuhi kebutuhannya karena lansia sangat membutuhkan perhatian dan dukungan dari keluarga sebagai tempat bergantung yang terdekat. Hubungan yang baik di antara semua anggota keluarga merupakan suatu kebahagiaan yang besar bagi lansia. Lansia juga dapat memilih tinggal di panti sosial tresna wreda karena alasan-alasan tertentu (Monks, dkk., 2001: 351 dikutip dalam Retno, 2008). Selain itu dikemukakan pula bahwa ketika mencapai usia lansia, sebaiknya dapat membangun afiliasi eksplisit dengan kelompok yang seumur, memenuhi kewajiban sosial dan kewajiban sebagai warga negaraserta mampu membuat pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan. Menurut Erickson yang dikutip oleh Maryam (2008), kesiapan lansia untuk beradaptasi atau menyesuaikan diri terhadap tugas perkembangan usia lanjut dipengaruhi oleh proses tumbuh kembang pada tahap sebelumnya. Apabila seseorang pada tahap tumbuh kembang sebelumnya melakukan kegiatan sehari-hari dengan teratur dan baik serta membina hubungan yang serasi dengan orang-orang di sekitarnya, maka pada usia lanjut ia akan tetap melakukan kegiatan yang biasa ia lakukan pada tahap perkembangan sebelumnya seperti olahraga, mengembangkan hobi bercocok tanam, dan lain-lain. Lebih lanjut Maryam menyebutkan beberapa tugas perkembangan lansia adalah sebagai berikut:

1.) Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya.

2.) Mempersiapkan kehidupan baru.

3.) Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial atau masyarakat secara santai

4.) Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan.

1. Perubahan nutrisi

Nutrisi merupakan salah satu faktor utama terjadinya proses menua yang sukses. Nutrisi optimal mendukung kesehatan dan kemandirian Lansia dengan menurunkan resiko penyakit kronis dan memperlambat proses perkembangan penyakit lansia dengan status nutrisi yang baik jarang mengalami penyakit infeksi, masa rawat inap yang pendek, lebih cepat sembuh dan mengalami lebih sedikit komplikasi penyakit dibandingkan lansia dengan nutrisi yang buruk. Langkah awal untuk mengoptimalkan kesehatan nutrisi pada lansia adalah memahami kebutuhan nutrisi lansia dan rintangan-rintangan yang muncul untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dewi, R. (2014) mengatakan, perubahan pada lansia yang berhubungan dengan nutrisi antara lain:

1. Perubahan Fisik
2. Lansia membutuhkan kalori yang sedikit untuk mempertahankan berat badannya dan membutuhkan vitamin dan mineral dalam jumlah yang sama atau lebih dibandingkan orang lebih muda.
3. Perubahan pada indera penglihatan, perasa dan penciuman dapat menurunkan nafsu makan atau membuat lansia kurang menikmati makanannya.
4. Perubahan struktur gigi membuat lansia hanya dapat menikmati jenis makanan tertentu sehingga menurunkan jumlah intake makanan.
5. Perubahan pada sistem pencernaan mempengaruhi proses absorsi makanan.
6. Penurunan rasa haus meningkatkan resiko dehidrasi.
7. Perubahan Stasus Kesehatan.
8. Penurunan fungsi imun dan memperlama masa penyembuhan.
9. Penuaan akan mempengaruhi proses farmakokinetik obat dan interaksi.
10. Penurunan kemampuan mengemudi menyebabkan Lansia kesulitan dalam upaya membeli makanan. Dewi (2014) mengatakan, kebutuhan nutrisi Lansia antara lain:
11. Karbohidrat

Karbohidrat komplek adalah glikogen. Lansia akan menjadi lebih sehat ketika mereka memiliki banyak cadangan gilkogen. Kebutuhan intake karbohidrat untuk Lansia berkisar 55-60% dari jumlah kebutuhan kalori lansia. Pilihan sumber karbohidrat dari buah berserat tinggi, sayur, dan biji-bijian.

1. Protein

Kebutuhan Protein bagi lansia adalah 0,8g/kgBB/hari. Untuk mencukupi kebutuhan protein lansia disarankan untuk mengkonsumsi 3 cangkir susu rendah lemak setiap hari

1. Lemak

Lemak berfungsi sebagai pelindung terhadap adanya cedera eksternal; pelarut vitamin A, D, E, dan K; mempertahankan suhu tubuh dan untuk memelihara kesehatan tubuh. Lemak terdapat pada tumbuh-tumbuhan seperti kacang-kacangan, dan produksi minyak nabati. Kebutuhan lemak lansia mencapai kurang dari 30% kebutuhan kalori

1. Vitamin

Vitamin dikelompokan menjadi vitamin larut lemak dan larut air. Vitamin tidak diproduksi oleh tubuh sehingga harus diekstrasi dari makanan yang dikonsumsi sehari-hari atau suplemen makanan .

1. Cairan

Kebutuhan cairan bagi lansia adalah 1,5-2 liter/hari. Namun, lansia tetap beresiko untuk mengalami ketidakseimbangan cairan karena:

* 1. Rasa haus berkurang sehingga Lansia minum lebih sedikit.
  2. Lansia minum lebih sedikit karena kontrol bladder berkurang, mobilitas berkurang, atau penyakit.
  3. Kekurangan cairan karena diare atau absorsi cairan di pencernaan yang berkurang.
  4. Penggunaan diuretik dan laksatif yang meningkatkan resiko dehidrasi.
  5. Penggunaan obat-obatan yang meningkatkan kebutuhan cairan
     1. **Sifat Penyakit Lansia**

(Muhit, 2016) mengemukakan, beberapa sifat penyakit pada lansia yang membedakannya dengan penyakit pada orang dewasa seperti yang dijelaskan berikut ini :

1. Penyebab penyakit

Penyebab penyakit lansia pada umumnya berasal dari dalam tubuh (endogen), sedangkan pada orang dewasa berasal dari luar tubuh (eksogen). Hal ini disebabkan karena pada lansia telah menjadi penurunan fungsi dari berbagai organ-organ tubuh akibat kerusakan sel-sel karena proses menua, sehingga produksi hormon, enzim, dan zat-zat yang diperlukan untuk kekebalan tubuh menjadi berkurang. Dengan demikian, lansia akan lebih mudah terkena infeksi. Sering pula, penyakit lebih dari satu jenis (multipatologi), di mana satu sama lain dapat berdiri sendiri maupun saling berkaitan dan memperberat

1. Gejala penyakit sering tidak khas/tidak jelas

Misalnya, penyakit infeksi paru (pneumonia) sering kali tidak didapati demam tinggi dan batuk darah, gejala terlihat ringan padahal penyakit sebenarnya cukup serius, sehingga penderita menganggap penyakitnya tidak berat dan tidak perlu berobat .

1. Memerlukan lebih banyak obat (polifarmasi)

Akibat banyaknya penyakit pada lansia, maka dalam pengobatannya memerlukan obat yang beraneka ragam dibandingkan dengan orang dewasa. Selain itu, perlu diketahui bahwa fungsi organ-organ vital tubuh seperti hati dan ginjal yang berperan dalam mengolah obat-obat yang masuk ke dalam tubuh telah berkurang. Hal ini menyebabkan kemungkinan besar obat tersebut akan menumpuk dalam tubuh dan terjadi keracunan obat dengan segala komplikasinya jika diberikan dengan dosis obat perlu dikurangi pada lansia. Efek samping obat sering pula terjadi pada lansia yang menyebabkan timbulnya penyakit-penyakit baru akibat pemberian obat tadi (iatrrogenik), misalnya poliuri/ sering BAK akibat pemakaian obat diuretik (obat untuk meningkatkan pengeluaran air seni), dapat terjatuh akibat penggunaan obat-obat penurun tekanan darah, penenang, antidepresi, dan lain-lain. Efek samping obat pada lansia biasanya terjadi karena diagnosis yang tidak tepat, ketidakpatuhan meminum obat, serta penggunaan obat yang berlebihan dan berulang-ulang dalam waktu yang lama

1. Sering mengalami gangguan jiwa

Pada lansia yang telah lama menderita sakit sering mengalami tekanan jiwa (depresi). Oleh karena itu, dalam pengobatannya tidak hanya gangguan fisiknya saja yang diobati, tetapi juga gangguan jiwanya yang justru sering tersembunyi gejalanya. Jika yang mengobatinya tidak teliti akan mempersulit penyembuhan penyakitnya

## Konsep Hipertensi

* + 1. **Definisi**

Hipertensi adalah keadaan seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal sehingga mengakibatkan peningkatan angka menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 mmHg menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto,2014).

Hipertensi pada lansia Berdasarkan guideline (Muhadi, 2016) pengobatan hipertensi yang terbaru berdasarkan usia, perbedaan hanya terletak pada usia 60 tahun keatas dengan dibawah 60 tahun. Jika pasien dibawah 60 tahun, seseorang dengan tensi darah 140/90 keatas sudah membutuhkan pengobatan antihipertensi. Sedangkan usia 60 keatas, penderita hipertensi membutuhkan pengobatan antihipertensi jika tekanan darah berada pada 150/90 keatas. Namun, akan berbeda dengan penderita hipertensi yang disertai dengan penyakit diabetes dan gagal ginjal kronis. Pada penderita hipertensi dengan disertai penyakit tersebut, jika tekanan darah sudah berada pada 140/90 keatas akan membutuhkan pengobatan antihipertensi, berapapun usianya

Tekanan darah tinggi atau yang juga dikenal dengan sebutan hipertensi ini merupakan suatu meningkatnya tekanan darah di dalam arteri atau tekanan systole > 140 mmhg dan tekanan diastole sedikitnya 90 mmHg. Secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, di mana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya resiko terhadap stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal.

## Etiologi

Menurut (Smeltzer dan Bare 2000, dalam Ardiansyah 2012) penyebab hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu

## Hipertensi Esensial atau Primer

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

## Hipertensi Sekunder

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

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

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

## Faktor Risiko

Menurut (Supariasa, 2012) Faktor-faktor risiko hipertensi terbagi dalam 2 kelompok yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah :

## Faktor yang dapat diubah

1. Gaya hidup modern

Kerja keras penuh tekanan yang mendominasi gaya hidup masa kini menyebabkan stres berkepanjangan. Kondisi ini memicu berbagai penyakit seperti sakit kepala, sulit tidur, gastritis, jantung dan hipertensi. Gaya hidup modern cenderung membuat berkurangnya aktivitas fisik (olah raga). Konsumsi alkohol tinggi, minum kopi, merokok. Semua perilaku tersebut merupakan memicu naiknya tekanan darah.

1. Pola makan tidak sehat

Tubuh membutuhkan natrium untuk menjaga keseimbangan cairan dan mengatur tekanan darah. Tetapi bila asupannya berlebihan, tekanan darah akan meningkat akibat adanya retensi cairan dan bertambahnya volume darah. Kelebihan natrium diakibatkan dari kebiasaan menyantap makanan instan yang telah menggantikan bahan makanan yang segar. Gaya hidup serba cepat menuntut segala sesuatunya serba instan, termasuk konsumsi makanan. Padahal makanan instan cenderung menggunakan zat pengawet seperti natrium berzoate dan penyedap rasa seperti monosodium glutamate (MSG). Jenis makanan yang mengandung zat tersebut apabila dikonsumsi secara terus menerus akan menyebabkan peningkatan tekanan darah karena adanya natrium yang berlebihan di dalam tubuh.

1. Obesitas

Saat asupan natrium berlebih, tubuh sebenarnya dapat membuangnya melalui air seni. Tetapi proses ini bisa terhambat, karena kurang minum air putih, berat badan berlebihan, kurang gerak atau ada keturunan hipertensi maupun diabetes mellitus. Berat badan yang berlebih akan membuat aktifitas fisik menjadi berkurang. Akibatnya jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah.Obesitas dapat ditentukan dari hasil indeks massa tubuh (IMT). IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Penggunaan IMT hanya berlaku untuk orang dewasa berumur diatas 18 tahun. IMT tidak dapat diterapkan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil dan olahragawan (Supariasa, 2012).

Tabel 2.1 Indeks Massa Tubuh (IMT)

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

Sumber : Supariasa et al., 2012

## Faktor yang tidak dapat diubah :

1. Genetik

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai resiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar *Sodium intraseluler* dan rendahnya rasio antara *Potassium* terhadap *Sodium*, individu dengan orang tua yang menderita hipertensi mempunyai resiko dua kali lebih besar daripada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi (Anggraini dkk, 2009)

1. Usia

Hipertensi bisa terjadi pada semua usia, tetapi semakin bertambah usia seseorang maka resiko terkena hipertensi semakin meningkat. Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan– perubahan pada, elastisitas dinding aorta menurun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Smeltzer, 2009).

1. Jenis kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria dan wanita sama, akan tetapi wanita pramenopause (sebelum menopause) prevalensinya lebih terlindung daripada pria pada usia yang sama. Wanita yang belum menopause dilindungi oleh oleh hormone estrogen yang berperan meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL). Kadar kolestrol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis yang dapat menyebabkan hipertensi (Price & Wilson, 2006)

## Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan hasil ukur tekanan darah menurut *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Preassure* (JNC) ke-VIII dalam Smeltzer & Bare (2010) yaitu <130 mmHg untuk tekanan darah systole dan <85 mmHg untuk tekanan darah diastole. Klasifikasi tekanan darah orang dewasa berusia 18 tahun keatas tidak sedang memakai obat antihipertensi dan tidak sedang sakit akut

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategori** | **Sistol (mmHg)** | **Diastol (mmHg)** |
| Optimal | < 120 | < 80 |
| Normal | < 130 | < 85 |
| Tingkat 1 (hipertensi ringan) | 140-159 | 90-99 |
| Sub grup : perbatasan | 140-149 | 90-94 |
| Tingkat 2 (hipertensi sedang) | 160-179 | 100-109 |
| Tingkat 3 (hipertensi berat) | ≥ 180 | ≥ 110 |

Tabel 2.2 Sumber *: Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of*

*High Blood Preassure* (JNC) ke VIII

## Patofisiologi

Tekanan darah dipengaruhi oleh *volume* sekuncup dan total *peripheral resistance*. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti *reflex* kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleks kemoreseptor, respon iskemia, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga intertisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopresin. Selanjutnya dilanjutkan oleh sistem poten dan berlangsung dalam jangka panjang yang dipertahankan oleh sistem pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ. Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I *Converting Enzyme* (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati.

Hormon renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II hal inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolaritas dan volume urin. Meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang dieksresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolaritasnya. Mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah.

Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi eksresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorbsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan *volume* cairan ekstraseluler yang pada akhirnya akan meningkatkan *volume* dan tekanan darah (Nuraini, 2015 : 13-14)

* + 1. **Tanda dan Gejala**
       1. **Tidak ada gejala**

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

## Gejala yang lazim

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

1. Mengeluh sakit kepala, pusing
2. Lemas, kelelahan
3. Sesak nafas
4. Gelisah
5. Mual
6. Muntah
7. Epitaksis
8. Kesadaran menurun

Menurut (Crowin 2005 dalam Khotimah N 2018) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intracranial. Pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan apapun selaintekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain.

## Komplikasi

Menurut (Crowin 2005 dalam Khotimah N 2018).

1. Stroke

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

1. Infark miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner yang arteroklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan (Crowin 2005 dalam Khotimah N 2018).

1. Gagal ginjal

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

1. Gagal jantung

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

1. Kerusakan pada Mata

Tekanan darah yang terlalu tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan saraf pada mata.

## Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah di atas 140/90 mmHg. Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi :

## Penatalaksanaan Nonfarmakologi

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

1. Mempertahankan berat badan ideal

Mempertahankan berat badan yang ideal sesuai Body Mass Index dengan rentang 18,5 – 24,9 kg/m2. BMI dapat diketahui dengan rumus membagi berat badan dengan tinggi badan yang telah dikuadratkan dalam satuan meter. Obesitas yang terjadi dapat diatasi dengan melakukan diet rendah kolesterol kaya protein dan serat. Penurunan berat badan sebesar 2,5 – 5 kg dapat menurunkan tekanan darah diastolik sebesar 5 mmHg (Dalimartha, 2008).

1. Mengurangi asupan natrium (sodium)

Mengurangi asupan sodium dilakukan dengan melakukan diet rendah garam yaitu tidak lebih dari 100 mmol/hari (kira-kira 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/hari), atau dengan mengurangi konsumsi garam sampai dengan 2300 mg setara dengan satu sendok teh setiap harinya. Penurunan tekanan darah sistolik sebesar 5 mmHg dan tekanan darah diastolik sebesar 2,5 mmHg dapat dilakukan dengan cara mengurangi asupan garam menjadi ½ sendok teh/hari(Dalimartha, 2008).

1. Batasi konsumsi alkohol

Mengonsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau lebih dari 1 gelas per hari pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah, sehingga membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol dapat membantu dalam penurunan tekanan darah (PERKI, 2015).

1. Makan K dan Ca yang cukup dari diet

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

1. Menghindari merokok

Merokok meningkatkan resiko komplikasi pada penderita hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke. Kandungan utama rokok adalah tembakau, didalam tembakau terdapat nikotin yang membuat jantung bekerja lebih keras karena mempersempit pembuluh darah dan meningkatkan frekuensi denyut jantung serta tekanan darah(Dalimartha, 2008).

1. Penurunan stress

Stress yang terlalu lama dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah sementara. Menghindari stress pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara relaksasi seperti relaksasi otot, yoga atau meditasi yang dapat

mengontrol sistem saraf sehingga menurunkan tekanan darah yang tinggi (Hartono, 2007).

1. Terapi relaksasi progresif

Di Indonesia Indonesia, penelitian relaksasi progresif sudah cukup banyak dilakukan. Terapi relakasi progresif terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi (Erviana, 2009). Teknik relaksasi menghasilkan respon fisiologis yang terintegrasi dan juga menganggu bagian dari kesadaran yang dikenal sebagai “respon relaksasi Benson”. Respon relaksasi diperkirakan menghambat sistem saraf otonom dan sistem saraf pusat serta meningkatkan aktivitas parasimpatis yang dikarekteristikan dengan menurunnya otot rangka, tonus otot jantung dan mengganggu fungsi neuroendokrin. Agar memperoleh manfaat dari respons relaksasi, ketika melakukan teknik ini diperlukan lingkungan yang tenang, posisi yang nyaman.

## Penatalaksanaan Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi menurut Saferi & Mariza (2013) merupakan penanganan menggunakan obat-obatan, antara lain :

1. Golongan Diuretik

Diuretik thiazide biasanya membantu ginjal membuang garam dan air, yang akan mengurangi volume cairan di seluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah.

1. Penghambat Adrenergik

Penghambat adrenergik, merupakan sekelompok obat yang terdiri dari alfa- blocker, beta-blocker dan alfa-beta-blocker labetalol, yang menghambat sistem saraf simpatis. Sistem saraf simpatis adalah istem saraf yang dengan segera akan memberikan respon terhadap stress, dengan cara meningkatkan tekanan darah.

1. ACE-inhibitor

Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-inhibitor) menyebabkan penurunan tekanan darah dengan cara melebarkan arteri.

1. Angiotensin-II-bloker

Angiotensin-II-bloker menyebabkan penurunan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang mirip ACE-inhibitor.

1. Antagonis kalsium menyebabkan melebarnya pembuluh darah dengan mekanisme yang berbeda.
2. Vasodilator langsung menyebabkan melebarnya pembuluh darah.
3. Kedaruratan hipertensi (misalnya hipertensi maligna) memerlukan obat yang menurunkan tekanan darah tinggi dengan cepat dan segera. Beberapa obat bisa menurunkan tekanan darah dengan cepat dan sebagian besar diberikan secara intravena : diazoxide, nitroprusside, nitroglycerin, labetalol.
4. **Konsep Nyeri** 
   * 1. **Definisi Nyeri**

Nyeri adalah sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain. Nyeri dapat memenuhi seluruh pikiran seseorang, mengubah kehidupan orang tersebut. Akan tetapi, nyeri adalah konsep yang sulit dikomunikasikan oleh klien (Berman, 2009).

Nyeri adalah pengalaman pribadi, subjektif, yang dipengaruhi oleh budaya, persepsi seseorang, perhatian, dan variabel-variabel psikologis lain, yang mengganggu perilaku bekelanjutan dan memotivasi setiap orang untuk menghentikan rasa tersebut

* + 1. **Macam Nyeri**

1. Nyeri Akut

Nyeri akut bersifat melindungi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, durasi pendek dan memiliki sedikit kerusakan jaringan serta respon emosional. Pada akhirnya nyeri akut dapat di prediiksi waktu penyembuhannya dan penyebabnya dapat diidentifikasi, hal ini membuat anggota tim medis merasa termotivasi untuk segera menangani nyeri tersebut. (Potter & Perry, 2010)

1. Nyeri Kronis

Nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan, baik sumber nyeri itu diketahui atau tidak. Nyeri kronis ditandai dengan mudah tersinggung (sering disertai dengan insomnia) yang menyebabkan kurang perhatian dan terisolir dari kerabat dan keluarga, disertai dengan peningkatan perasaan tidak bisa dan putus asa. Akhirnya orang mundur dari interaksi social (C.Smeltzer, Suzanne, 2001)

* + 1. **Skala Nyeri**

Skala nyeri dapat menggunakan pendekatan PQRST

1. *Provoking Incident* (Pemicu) : factor yang memperberat atau meringankan nyeri.
2. *Quality or Quantity of Pain* (Kualitas) : tumpul, tajam.
3. *Region* (Daerah) : daerah penjalaran ke daerah lain.
4. *Severity scale of Pain* (Intensitas) : seberapa jauh nyeri dirasakan oleh klien.
5. *Time* (Waktu) : berapa lamanya nyeri berlangsung (bersifat akut atau kronis), kapan terjadinya.

(Arif Mutaqqin, 2008:525)

*Wong Baker Faces Pain Rating Score*

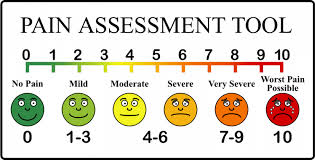
Digunakan untuk pasien dewasa dan anak-anak (> 3 tahun) yang tidak dapat menjelaskan intensitas nyeri yang dirasakan. Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa lokal setempat. Cara menilai dengan melihat ekspresi wajah pasien

1. : tidak merasakan nyeri

1 - 3 : nyeri ringan

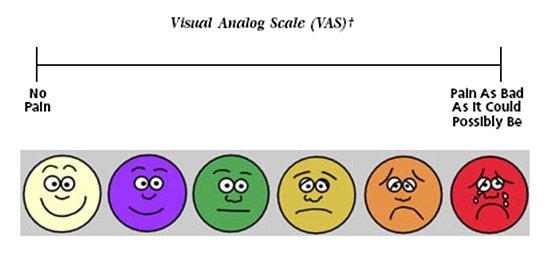
4 - 6 : nyeri sedang

7 – 10 : nyeri berat

Gambar 2.1 Skala *Wong Baker Face Pain*

*Visual Analog Scale (VAS)*

*Visual analog scale (VAS)* adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



1. Gambar 2.2 *Visual Analog Scale (VAS)*

## Konsep Asuhan Keperawatan

* + 1. **Pengkajian**

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.

1. Riwayat Masuk Panti :

Menjelaskan mengapa memilih tinggal di panti dan bagaimana proses nya sehingga dapat bertempat tinggal di panti.

1. Riwayat Keluarga

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

1. Riwayat Pekerjaan

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

1. Riwayat Lingkup Hidup

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

1. Riwayat Rekreasi

Meliputi : hobi/minat, keanggotaan organisasi, dan liburan

1. Sumber/ Sistem Pendukung

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

1. Deksripsi 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.

1. Status Kesehatan Saat Ini

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

1. Obat-Obatan

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

1. Status Imunisasi

Mengkaji status imunisasi klien pada waktu dahulu

1. 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.

1. 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 inpeksi, aukultasi, palpasi dan perkusi.

1. 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.
2. 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)
3. 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).
4. Pada pemeriksaan muskuloskletal meliputi pemeriksaan kekuatan dan kelemahan eksremitas, kesimetrisan cara berjalan.
5. Pada pemeriksaan integument meliputi kebersihan, kehangatan, warna, turgor kulit, tekstur kulit, kelembaban serta kelainan pada kulit serta terdapat lesi atau tidak.
6. Pada pemeriksaan neurologis meliputi pemeriksaan tingkatan kesadaran (GCS), pemeriksaan saraf otak (NI-NXII), fungsi motorik dan sensorik, serta pemeriksaan reflex

## Diagnosa Keperawatan

1. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler serebral
2. (D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
3. (D.0056) Hambatan mobilitas fisik b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
4. (D.0011) Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload
5. (D.0111) Defisit Pengetahuan (Pnyakit Hipertensi)
6. (D.0143) Resiko jatuh

## Intervensi

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hari/ Tanggal** | **Dx Kep** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
|  | Nyeri berhubungan denganagen pencidera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler serebral (D.0077) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam klien dapat mengontrol nyeri dengan kriteria :   1. Mengenal faktor nyeri 2. Tindakan pertolongan non- farmakologi 3. Mengenal tanda pencetus nyeri untuk mencari pertolongan 4. Melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 5. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang | * 1. Kaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas   2. Observasi reaki   nonverbal dan ketidaknyamanan   * 1. Gunakan   komunikasi terapeutikagar  klie dapat mengekspresikan nyeri   * 1. Ajarkan   penggunaan teknik non farmakologi : teknik relaksasi progresif   * 1. Berikan analgetik sesuai anjuran   2. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum   pemberian obat |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1.7Cek instruksi dokter tentang jenis, obat, dosis  dan frekuensi |
|  | Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur  (D.0055) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan …x 24 jam tidak terjadi gangguan pola tidur dengan kriteria :   1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. Tidak menunjukkan perilaku gelisah 3. Wajah tidak pucat dan konjungtiva tidak anemis | * 1. Ciptakan suasana lingkungan yang tenang dan nyaman   2. Beri kesempatan klien untuk istirahat/tidur   3. Evaluasi tingkat stress   4. Monitor keluhan nyeri kepala   5. Lengkapi jadwal tidur secara teratur |
|  | Hambatan mobilitas fisik .d ketidakseimbanga n antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan …x 24 jam tidak terjadi intoleransi aktifitas dengan kriteria :   1. Meningkatkan energy untuk melakukan aktifitas sehari-hari 2. Menunjukkan penurunan gejala-gejala intoleransi aktifitas | Manajemen energy   * 1. Tentukan   keterbatasanklien terhadap aktifitas   * 1. Tentukan penyebab lain kelelahan   2. Observasi asupan nutrisi sebagai   sumber energy yang adekuat   * 1. Observasi respons jantung terhadap   aktivitas (mis. Takikardia, disritmia, dyspnea, diaphoresis, pucat, tekanan hemodinamik dan frekuensi pernafasan)   * 1. Dorong klien melakukan aktifitas   sebagaisumber energy |
|  | Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload (D.0011) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan…x 24 jam tidak terjadi penurunan curah jantung dengan kriteria :  1. TTV dalam batas normal TD :  S : 120-140 mmHg D : 80-90 mmHg  N : 60-100x/mnt RR : 12-24 x/mnt | * 1. Kaji TTV   2. Berikan lingkungan tenang, nyaman, kurangi aktivitas, batasi jumlah pengunjung   3. Pertahankan   pembatasan aktivitasseperti |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | T : 36.5-37.5   1. Berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan TD 2. Mempertahankan TD dalam rentang yang apat diterima | istirahat ditempat tidur/kursi  4.4 Bantu melakukan aktivitas  Perawatan\diri sesuai kebutuhan |

## Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat oleh untuk mencapai hasil yang efektif dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penguasaan dan keterampilan dan pengetahuan harus dimiliki oleh setiap perawat sehingga pelayanan yang diberikan baik mutunya. Dengan demikian rencana yang telah ditentukan tercapai.

## Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan poses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi itu sendiri

***Web Of Caution Hipertensi***

arterisklerosis

Nyeri

Stress

Obesitas

Genetik

pelebaran pembuluh darah

meningkatkan produksi hormon kortisol

Respon nerologi terhadap stress

level insulin yang tinggi

kelainan eksresi atau transport Na.

**HIPERTENSI**

B2

B6

B5

B4

B4

B1

B3

Pembuluh darah

Kerusakan vaskuler pembuluh darah

Neurosensori

Sistem pencernaan

Sistim perkemihan

Sistem integumen

Sistim pernafasan

Sistemik

Rangsangan lapar menurun

Kehilangan kontrol sfingter

Rangsangan sistem simpatis

Perubahan struktur

Imobilisasi fisik

Kurang mobilitas fisik

Vasokontriksi

Penyumbatan pembuluh darah

Kemampuan batuk menurun

Anoreksia

Disfusi kandung kemih

Tekanan yang terlokalisir

Merangsang pusat inhibitor jantung

Vasokontriks

Intake nutrisi

menurun

Peristaltik usus menurun

Sering berkemih, inkontinensia, nokturia

Produksi secret meningkat

Gangguan sirkulasi Otak

sirkulasi

Peningkatan tekanan arteri kapiler pada kulit

Afterload meningkat

Resistensi pembuluh darah otak menurun

Ggn. pemenuhan kebutuhan

nutrisi (-) dari kebutuhan tubuh

**integritas kulit**

Defekasi < 1 mgg

Tidak mampu sekresi sekret

**Perubahan pola eliminasi urine**

**Gangguan eliminasi alvi (konstipasi)**

**Ketidakefektifan bersihan jalan nafas**

Fatigue

**Penurunan curah jantung**

Terhambatnya aliran darah

**Resiko gangguan integritas kulit**

Nekrosis jaringan epidermis dan dermis

Iskemik

**Gangguan rasa nyama**

**Intoleransi aktivitas**

Sumber: Corwin, Elizabeth. J.P (2000), ***Buku Saku Patofisiologi***, Jakarta: EGC

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran tentanng asuhan keperawatan pada Ny. K dengan diangnosa medis Hipertensi, maka dengan ini penulis menyajikan suatu uraian kasus yang di amati mulai tanggal 2 Desember 2019 sampai 6 Desember 2019 di ruang Dahlia UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya dan melakukan pengkajian pada tanggal 2 Desember 2019 pada pukul 09.00 yang di mana data di peroleh dari pasien dan petugas kesehatan.

1. **Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 2 Desember 2019 pukul 09.00 WIB di ruang Dahlia UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

* + 1. Identitas

Ny. K adalah seorang perempuan berusia 73 tahun dan termasuk kategori *old*. Status pasien untuk saat ini janda. Pasien menderita penyakit hipertensi. Pasien beragama Islam dan berbahasa jawa. Pendidikan terakhir pasien hanya tingkat SD dan pasien tinggal di panti sudah sejak 4 tahun yang lalu. Pasien tidak mempunya sumber pendapatan dikarenakan tidak ada keluarga yang dihubungi. Pasien dulu pernah berjulan kelontong

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama yang dirasakan saat ini :

Nyeri ditengkuk

1. Keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir

Pasien mengatakan tiga bulan terakhir kaki kaku dan tengkuk terasa berat

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien Ny. K mengatakan nyeri pada tengkuk terasa kaku dan berat, wajah menyeringai saat digerakkan, P : tekanan darah tinggi, Q:terusuk-tertusuk, R: leher, S: 5, T: hilang timbul 10-15 menit. Klien Ny. K mengatakan lehernya nyeri dan kaku disertai pusing jika tekanan darah naik. Klien Ny. K mengatakan susah berjalan jauh karena lututnya sebelah kaki kiri dan kaki nyeri saat ditekuk

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Ny. K mengatakan memiliki riwayat penyakit Hipertensi mulai masuk panti tahun 2016. Perawat mengatakan kondisi Ny. K saat masuk lusuh dan diantarkan dari liponsos. Menurut data yang ada Ny. K masuk ke panti UPTD Griya Werdha tanggal 16 April 2016. Untuk TTV saat masuk tidak terkaji karena pasien dan perawat lupa pada saat masuk Ny. T diberikan terapi obat captropil dan mengkonsusmsi obat yang di berikan oleh petugas kesehatan panti dan membalurkan minyak hangat di tengkuk.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Ny. K mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit Hipertensi.

3.1.3 Status Fisiologis

1. Postur tulang belakang Ny. K yaitu membungkuk

2. Tanda-tanda vital dan status gizi

1. Suhu : 36,0 oC
2. Tekanan Darah : 140/70 mmHg
3. Nadi : 79 x/menit
4. Respirasi : 18 x/menit
5. Berat Badan : 40 kg
6. Tinggi badan : 140 cm

3.1.4 Pengkajian Head To Toe

1. Kepala

Ny. K memiliki bentuk kepala yang simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, kebersihan pada kulit kepala dan rambut tampak bersih tidak ada ketombe dan rambut berwarna putih, klien mengeluh pusing jika tekanan darahnya naik, tidak memiliki riwayat trauma kepala

1. Mata

Ny.K memiliki mata yang simetris antara mata kakan dan mata kiri, kaonjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, lapang pandang tidak kabur (keterbatasan peneliti tidak emmeriksakan visus klien), tidak ada peradangan di kedua mata

1. Hidung

Ny. K bentuk hidung simetris, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu.

1. Mulut dan Tenggorokan

Kebersihan mulut Ny. K tampak bersih pasien selalu menjaga kebersihan mulut, mukosa bibir tampak lembab, jumlah gigi gligi sudah tidak lengkap (ompong), tidak terjadi peradangan pada gusi, Ny. K mengatakan tidak mengalami kesulitan saat mengunya dan menelan meskipun gigi sudah tidak lengkap. Tidak terjadi kesulitan saat berbicara, pasien berbicara lancar dan jelas.

1. Telinga

Telinga Ny. K tampak simetris antara kanan dan kiri, tidak ada gangguan pada pendengaran telinga kanan dan kiri, kebersihan kedua telinga tampak bersih tidak ada serumen.

1. Leher

Pada pemeriksaan leher Ny. K tidak ditemukan pembesaran kalenjar thyroid, tidak terdapat lesi, terdapat rasa nyeri di tengkuk terasa kaku dan berat

1. Dada

Bentuk dada pada Ny. K bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing.

1. Abdomen

Ny. K memiliki bentuk perut datar, tidak dak ada pembesaran hepar atau lien, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelainan pada abdomen

1. Genetalia

Ny. K kebersihan area genetalia terjaga dengan baik dan tidak ada keluhan di daerah anus.

1. Ekstermitas

Ny. K ditemukan pada kaki skala 4 saat berjalan sakit.Postur tubuh sedikit membungkuk, Tidak terdapat edema di area kaki pasien. Kekuatan otot

5

4

5

5

1. Integumen

Ny. K selalu menjaga kebersihan kulit dengan baik, warna kulit sawo matang.

3.1.5 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

1. Perubahan posisi atau gerak keseimbangan

Ny. K mampu bangun dari kursi dan duduk di kursi dengan mengguakan tangan untuk menompang badan saat duduk dan berdiri dari kursi. Pasien sedkit kurang mampu menahan dorongan, pasien tidak mampu memegang obyek dengan mata tertutup, pasiensedikit ksulitan saat memutar leher karena nyeri pada daerah tersebut, pasien mampu menggambil baarang yang jatuh dengan cara membungkuk.

1. Komponen gaya berjalan atau gerak

Ny. K mampu berjalan pada tempat yang sudah ditentukan dengan cra berjalan dengan hati hati, pasien saat melangkah mampu mengangkat kakinya dengan langkah yang sama. Pasien mampu berjalan sedikit meyimpang dan berbalik dengan sedikit sempoyongan.

3.1.6 Pengkajian Psikososial

Ny. K mampu berinteraksi dengan lansia lain maupun petugas panti dengan baik, pasien mampu bekerjasama dengan lansia maupun petugas panti dan pasien lebih sering berinteraksi dengan lansia di dalam ruangan atau kamar. Emosi pasien selalu terkontrol. Ny. K tidak pernah di kunjungi oleh keluarganya karena pasien tiba tibadibawa petugas daerah setempat ke pantigriya werdha jambangan .

3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Ny. K setelah dilakukanobservasi selama lima hari di panti didapatkan pasien tidak merokok. pasien minum air putih kadang-kadang teh hangat pada waktu makan 2 gelas per hari. Ny. K lebih sering tertidur saat tidur siang pukul 11.00-12.00, saat tidur malam pasien tidur pukul 20.00-01.00 bisanya terbangun jam 02.00 untuk BAK dan tidur lagi bangun jam 05.00 jumlah waktu tidur dalam satu hari kurang lebih 8 jam, saat pasien tidak tidur hanya bersantai di dalam dan di luar kamar dengan lansia-lansia lainnya. Ny. K selalu BAB pada pagi hari dengan konsistensi keras, tidak memiliki gangguan saat BAB. Ny. K BAK 4 kali sehari, dengan warna urine kuning jernih, tidak ada gangguan saat BAK. Ny. K mandi 2 kali sehari menggunkan sabun sendiri, menggosok gigi menggunakan pasta gigi sendiri 2 kali sehari, dan selalu mengganti pakaian setelah mandi.

3.1.8 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukinam

Luas bangunan sekitar 2.887 m2 dengan terdiri atas 18 kamar tidur lansia setiap satu kamar dihuni 8-10 orang dengan 1 kamar mandi dan bangunan permanen menggunakan genting, dinding terbuat dari bata (tembok) dengan lantai yang sudah menggunakan kramik, dengan kebersihan lantai cukup bersih, ventilasi 15% luas lantai, pencahayaan baik, penataan perabotan baik, di panti sudah memiliki cukup banyak perabotan yang lengkap. Panti memakai sumber air PDAM dengan penyediaan air minum aqua. Penggunaan jamban bersama dengan jenis jamban leher angsa jarak jarak dari sumber air > 10 meter pembuangan air limbah lancar, sampah di panti dikelola oleh dinas kebersihan, polusi udara berasal dari rumah tangga di sekitar panti, tidak ada binatang pengerat.

1. Fasilitas

Fasilitas yang dimiliki panti lapangan untuk berolahraga, taman didepan kamar lansia-lansia, ruang pertemuan (aula) yang digunakan untuk kegiatan penyuluhan pada lansia, musolah, sarana untuk hiburan lansia TV, sound system, VCD.

1. Keamanan dan transportasi

Terdapat penangan bencana dan kebakaran berupa apar, memiliki kendaraan berupa mobil dan ambulan kondisi jalan rata.

1. Komunikasi

Terdapat sarana untuk komunikasi berupa telphon, pemberian informasi secara langsung.

3.1.9 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck

Ny. K memiliki penilaian 4 dan masuk kategori depresi tidak ada atau minimal

3.1.10 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga

Ny. K mampu berinteraksi dengan baik di lingkungan sekitarnya dan mampu memcahkan masalahnya dan klien tinggal di panti

3.1.11 Masalah Emosional

Ny. K tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosi yang stabil.

3.1.12 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ (Short Portable Mental Status Quesioner) (ditambahkan cara penilaian di lampiran)

Ny. K mampu menjawab 5 benar dan 5salah dari 10 pertanyaan dan termasuk pada interpretasi memiliki fungsi intelektual kerusakan ringan.

3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE (Mini Mental Status Exam) (ditambahkan cara penilaian di lampiran)

Pengkajian pada Ny. K didapatkan hasil nilai 23 dan interpretasi hasil ada gangguan kongnitif sedang

3.1.14 Indeks Barthel (ditambahkan cara penilaian di lampiran)

Pengkajian pada Ny. K didapatkan hasil nilai 120 pasien termasuk lansia yang memerlukan bantuan ringan.

3.1.15 Tingkat Kemandirian Dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ (ditambahkan cara penilaian di lampiran)

Pengkajian pada Ny. K didapatkan skor B pasien mampu mandiri dalam hal makan, dan satu tambahan perlu bantuan yakni naik turun tangga dan berjalan jauh

1. **Terapi**

**Tabel 3.1 Terapi**

Tanggal 2 Desember 2019

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama obat | Dosis | Indikasi |
| Captopril | 3 x 1 25 mg | Pengobatan hipertensi dapat digunakan sebagai terapi tunggal atau kombinasi dengan obat antihipertensi lain seperti diuretik tiazid, beta bloker |
| faxiden piroxicam | 2 x 1 | untuk mengurangi rasa sakit, pembengkakan, dan peradangan sendi akibat rheumatoid arthritis Piroxicam juga sering digunakan untuk mengobati encok atau asam urat. |

1. **Analisa Data**

**Tabel 3.2 : Analisa Data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Data | Penyebab  (etiologi) | Masalah  (problem) |
| 1. | DS :   1. Klien mengatakan memiliki riwayat tekanan darah tinggi 2. Klien mengatakan lehernya nyeri dan kaku disertai pusing jika tekanan darahnya naik 3. Klien mengatakan lehernya sering nyeri dan kaku 4. P : tekanan darah tinggi   Q : tertusuk-tusuk  R : leher  S : 5  T : hilang timbul  DO :   * 1. Klien terlihat memijit tengkuknya   2. Menyeringai   b. Skala nyeri 5  c. TD : 143/72  mmHg  N : 68 x/i RR : 18x/i  T : 36,8o | Ketidakseimbangan neurotransmitter | Nyeri kronis (D.0078) |
| 2 | DS :   1. Klien mengatakan susah berjalan jauh   Karena lututnya kaku   1. Klien mengatakan untuk aktifitas terkadang dibantu oleh orang lain 2. Nyeri saat dibuat ditekuk   DO :   1. Pengkajian Status Fungsional Barthel Indeks menunjukkan hasil 110   ketergantungan sebagian   1. Tonus otot   5555  5555  4444  5555   1. Kaku pada persendian lutut kaki sebelah kiri 2. Gerakkan terbatas untuk berjalan tidak bisa jauh 3. Klien mengonsumsi obat faxiden piroxicam | Kekakuan sendi | Gangguan Mobilitas Fisik  (D.0054) |
| 3 | DS:   1. Klien mengatakan kurang mengkontrol tekanan darahnya ke ruang perawat 2. Klien mengatakan sering lua meminum obat 3. Klien mengatakan suka memakan makanan teman panti apabila tidak habis 4. Tidak mengetahui larangan makanan untuk penderita hipetensi   DO :   1. Klien memakan susu temannya 2. Suka nyemil makanan ringan 3. Suka makanan manis dan asin | Kurang terpapar informasi | Defisit pengetahuan (D.0111) |
| 4. | DS:   1. Klien mnegatakan pernah terpeleset 2. Klien mengatakan takut jalanan licin   DO:   1. Meminta bantuan apabila jalan jauh 2. Dan kadang naik tangga dibantu dan tidak menggunakan alat bantu |  | Risiko Jatuh (D.0143) |

* 1. **Prioritas Masalah**

**Tabel 3.3 : Prioritas Masalah**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Masalah Keperawatan | Tanggal | | Paraf |
| Ditemukan | Teratasi |
| 1.  2.  3. | Nyeri Kronis berhubungan ketidakseimbanagn neurotransmiter  Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kekakuan sendi  Defisit pengetahuan Berhubungan Dengan Kurang terpapar informasi | 2 Desember 2019  2 Desember 2019  2 Desember 2019 |  | **Hin**  **hin**  **hin** |

**3.5 Rencana Keperawatan**

**Tabel 3.4 : Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Diagnosa | Tujuan dan Keriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 1. | Nyeri kronis b/d ketidakseimbangan neurotransmitter | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang. Dengan kriteria hasil :   1. Melaporkan nyeri berkurang 2. Skala nyeri berkurang menjadi 1 3. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 4. Tekanan darah membaik (TD 140-80 mmHg ) 5. Frekuensi nadi membaik (nadi normal 60 - 100x/menit | * 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri   2. Identifikasi skala nyeri   3. Berikan teknik nonfarkologis (terapi massage leher)   4. Anjurkan rajin kontrol   5. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri   6. Kolaborasi pemebrian nalgesik jika perlu | 1. Menentukan tindakan yang sesuai untuk mengatasi keluhan nyeri yang dirasakan oleh klien. 2. Untuk observasi tidak terjadi keparahan 3. Hasil penelitian terkait tentang pengaruh terapi masase terhadap tekanan darah pada pasien hipertensi antara lain : Olney (2005), menyatakan bahwa terapi masase pada punggung 10 menit dan dilakukan 3 kali perminggu efektif mengontrol tekanan darah tinggi, menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik secara signifikan, dan dapat juga menghilangkan rasa sakit nyeri 4. Agar mengetahui perkembangan kondisisi klien 5. Tengkuk terasa pegal atau kekakuan pada otot tengkuk diakibatkan karena terjadi peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah di daerah leher sehingga aliran darah menjadi tidak lancar, dan hasil akhir dari metabolisme di daerah leher akibat kekurangan O2 dan dan nutrisi tertimbun dan menimbulkan peradangan pada daerah perlekatan otot dan tulang sehingga muncul rasa nyeri 6. Menentukan tindakan lanjutan apabila dengan terapi komplemeter belum teratasi |
| 2. | Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kekakuan sendi | Tujuan :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 4x24 jam mobilitas fisik meningkat diharpkan  Kriteria Hasil :   1. Kekuatat oto meningkat 2. Kaku sendi menurun 3. Nyeri menun | 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pegangan besi dipinggir jalan) 4. Memberikan ROM, peregangan otot | 1. mengetahui keluhan nyeri yang bertambah atau berkurang 2. Mengetahui perkembangan tentang kondisi klien yang membaik atau memperburuk 3. Memberikan edukasi dengan mobilisasi dengan menggunakan bantuan tumpuhan diseketar 4. Meningkatkan tonus otot, massa dan kekuatan otot serta mempertahankan fleksibilitas sendi |
| 3. | Defisit pengetahuan b/d Kurang terpapar informasi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2 jam diharapkan klien dapat memahami penyakit yang diderita ditandai dengan kriteria hasil :   * Menunjukkan perilaku sesuai anjuran meningkat * Menunjukkan perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat * Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan meningkat | 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan media dan materi pendidikan 3. Anjurkan perilaku sehat 4. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan | 1. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang dalam proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut menerima berbagai informasi dan meningkatkan pengetahuan (Budiman dan Riyanto, 2013). 2. Memberikan edukasi berupa lesflet untuk klien bisa membaca dan membuat pengingatmempeparah pemicu penyakit hipertensi 3. Memberikan edukasi Hipertensi dapat dicegah dengan menghindari faktor penyebab terjadinya hipertensi dengan pengaturan pola makan, gaya hidup yang benar, hindari kopi, merokok dan alkohol, mengurangi konsumsi garam yang berlebihan dan aktivitas yang cukup seperti olahraga yang teratur (Dalimartha, 2008). 4. Mencegah perilaku klien yang tidak sesuai terhadap kesehatannya |
| 4. | Resiko Jatuh | Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x2 jam diharapkan klien dapat menghindari aktivitas sehari-hari yang dapat berisiko jatuh, ditandai dengan kriteria hasil :   * Jatuh saat berjalan menurun * Berjalan degan langkah pelan meningkat * Pergerakan ekstremitas meningkat * Tersandung menurun * Kebersihan hunian (panti) meningkat | 1. Identifikasi faktor risiko jatuh      1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin) 2. Hitung risiko jatuh menggunakan skala Fall Morse Scale 3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya 4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin | 1. Faktor risiko jatuh sering dialami pada lansia ≥65 tahun, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, deficit kognitif. 2. Mencegah resko jatuh berkelanjutan 3. Memberikan penilaian untuk klien berisiko jatuh atau mencegah jumlah kejadian klien jatuh dan cedera 4. Mencegah jumlah kejadian pasien jatuh dan cedera. 5. Membantu klien untuk alas kaki supaya tidak terjadi resiko jatuh kembali |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnosa**  **3.6 Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan**  **Tabel 3.5 : Intervensi dan Evaluasi Keperawatan (jam pada soap)** | **Waktu ( Tgl& Jam )** | **Tindakan Keperawatan** | **TT**  **Perawat** | **Waktu ( Tgl& jam )** | **Catatan Perkembangan** | **TT**  **Perawat** |
| Nyeri Kronis b.d Ketidakseimbangan Neurotransmiter  2 Desember  2019  3 Desember 2019  4 Desember 2019  5 desember 2019  6 Desember 2019 | 07.00  09.00  10.00  10.30  11.00  13.00  15.00  16.00  17.30  18.30  21.00  09.00  10.00  10.30  11.30  14.00  15.00  16.10  17.30  18.20  21.00  04.50  07.00  09.00  10.00  11.00  11.30  14.00  15.00  18.30  21.00  04.30  07.00  09.00  10.00  11.00  11.30  14.00  15.30  20.15  06.00  08.00  11.30  14.00 | Timbang terima dengan dinas pagi  Membina hubungan saling percaya dengan cara memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan  R : pasien dan keluarga menerima kehadiran perawat  Melakukan pengkajian pada Ny. K  Hasil : pasien mengatakan tengkuk terasa sakit sedikit pusing  Melakukan observasi tanda-tanda vital Ny. K  Hasil :  TD : 143/72 mmHg  N : 68 x/menit  S : 36.8 oC  RR : 18 x/menit  Memberikan obat captopril dan faxiden  Mengidentifikasi skla nyeri  Hasil : skala nyeri 5  Hasil :  P: tekanana darah tinggi  Q: berat  R :leher  S:5  t : hilang timbul  2 Des 2019  21.00  Monitor keadaan umum klien  Hasil: keadan umum baik   * Mengantar makanan klien     Membantu klien ke musholla untuk berjamaah  Menjemut klien dar musholla untuk kembali kekamar  Memonitor keadaan pasien  Hasil : pasien tertidur  3 Des 2019  07.00   * Melakukan observasi tanda-tanda vital Ny. K   3 Des 2019  14.00  Hasil :  TD : 136/67 mmHg  N : 70 x/menit  S : 36.3 oC  RR : 18 x/menit   * Mengkaji tentang nyeri,   Hasil :  P: tekanana darah tinggi  Q: berat  R :leher  S:5  t : hilang timbul  memberikan edukasi pengobatan nonfarmakologis dengan cara terapi relaksasi otot dengan memijat menggunakan minyak zaitun  Hasil : klien melakukannya  3 Des 2019 21.00  Memberikan obat faxiden dan captopril  Melihat kondisi klien  Hasil: klien terlihat tiduran  Membantu klien mengantar ke musholla panti untuk berjamaah  Membantu klien menjemput dari musholla panti ke kamar  Membantu Memberiakan makakan ke klien  Mengantar klien ke musholla untuk berjamaah  M  Membantu klien dari musholla ke kamar  4 Des 2019  07.00  Memonitot keadaan klien  Hasil : klien tidur  memmbantu klien untuk sholat berjamaah  4 Dese 2019  14.00  Memonitor keadaan klien  Hasil : kalien duduk diatas kasur  Monitor keadaan umum klien  Hasil: keadan umum baik   * Menkaji keluhan nyeri klien :   Ny. K mengatakan nyeri ditengkuk berkurang dan bisa dibuat bergerak   * Melakukan observasi tanda-tanda vital Ny. K   Hasil :  TD : 130/70 mmHg  N : 80 x/menit  4 Des 2019 21.00  S : 36.3 oC  RR : 18 x/menit  Memberikan obat faxiden dan captopril   * Mengkaji kateristik nyeri pasien * Hasil :   P: tekanan darah tinggi  Q: berat  R: leher  S: 3  T: hilang timbul  Melihat kondisi klien saat berjalan  Hasil : sudah bisa berdiri dari kursi sendiri tanpa bantuan  Membantu klien mengantar ke musholla untuk sholat berjamaah  Menjemput klien dari musholla ke kamar tudur  Mengkaji kondisi klien  Hasil : klien tidur  5 Des 2019  07.00  Klien mengtakan ingin pergi kemusholla sendiri tanpa bantuan  Hasil: pasien tidak berjalan sempoyongan  Ikut perawat ruangan untuk rotasi jaga  5 Des 2019  14.00   * Melakukan observasi tanda-tanda vital Ny. S   Hasil :  TD : 134/68 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36.3 oC  RR : 18 x/menit   * Melakukan teknik mesaage pada engkuk klien menggunakan zaitun * Mengkaji karakteristik nyeri   P: tekanan darah tinggi  Q: sedikit berat  R: leher  S:2  T:hilang timbul saat melihat tv dan duduk terlalu lama  Memberikan obat faxiden dan captopril  Memonitor keadaan klien  Hasil : klien beristirahat  Memonitor tengkuk klien  5 Des 2019  21.00  Hasil: klien mengatakan berkurang dan sekarang bisa melihat tv (karena tv didinding yg tinggi)  Memonitor keadaan klien  hasil : klien tidur  menyanyakan keadaan leher klien  hasil klien mengatakan sudah lebih baik dan bisa untuk memutar leher  6 Des 2019  07.00  6 Des 14.00   * Melakukan observasi tanda-tanda vital Ny. K   Hasil :  TD : 120/70 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36 oC  RR : 18 x/menit  Memberikan obat captopril  Hasil : klien langsung meminumnya  Memonitor keadaan klien  Hasil : klien beristurahat | **hin** | 2 Desember 2019  14.00 | S : pasien mengatakan masih terasa nyeri dan sedikit pusing  O :   * P : tekanan darah tinggi   Q : tertusuk-tusuk  R : leher  S: 5  T : hilang timbul   * Pasien tampak tiduran di kasur * Keadaan umum baik * Kesadaran composmetis * GCS : 4,5,6 * Dx. Medis : Hipertensi * Observasi TTV :   TD : 140/68 mmHg  N : 80 x/menit  RR : 18 x/menit  A : masalah gangguan nyeri kronis  P : lanjutkan Intervensi 1,2,3,4,5,6  S : pasien mengatakan masih terasa nyeri dan sedikit pusing  O :   * P : tekanan darah tinggi   Q : tertusuk-tusuk  R : leher  S: 5  T : hilang timbul   * Pasien tampak tiduran di kasur * Keadaan umum baik * Kesadaran composmetis * GCS : 4,5,6 * Dx. Medis : Hipertensi * Observasi TTV :   TD : 140/68 mmHg  N : 80 x/menit  RR : 18 x/menit  A : masalah gangguan nyeri kronis  P : lanjutkan Intervensi 1,2,3,4,5,6  S : pasien mengatakan tengkuk masih sakit pusing sudah tidak O :   * Pasien beristirahat * Keadaan umum baik * Klien memijat tengkuk dengan minyak * Dx. Medis : hiperetensi * Observasi TTV :   TD :135 /72 mmHg  N : 76x/menit  S : 36oC RR : 18 x/menit  A : masalah nyeri kronis belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4  S : pasien mengatakan tengkuk masih sakit pusing sudah tidak O :   * Pasien beristirahat * Keadaan umum baik * Klien memijat tengkuk dengan minyak * Dx. Medis : hiperetensi * Observasi TTV :   TD :135 /72 mmHg  N : 76x/menit  S : 36oC RR : 18 x/menit  A : masalah nyeri kronis belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4  S : pasien mengatakan tengkuk masih sakit pusing sudah tidak O :   * Pasien beristirahat * Keadaan umum baik * Klien memijat tengkuk dengan minyak * Dx. Medis : hiperetensi * Observasi TTV :   TD :135 /72 mmHg  N : 76x/menit  S : 36oC RR : 18 x/menit  A : masalah nyeri kronis belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4  S : Ny. K mengatakan nyeri tengkuk berkurang dan bisa dibuat bergerak  O :   * Memijat tengkuknya dengan minyak zaitun * Keadaan umum baik * Sakala nyeri brkurang 5 m3njadi 3 * Dx. Medis : hipertensi * Observasi TTV :   TD : 130/70 mmHg  N : 88x/menit  S : 36oC RR : 18 x/menit  A : masalah nyeri kronis  P : intervensi dilanjutkan 2,3,4  S : Ny. K mengatakan nyeri tengkuk berkurang dan bisa dibuat bergerak  O :   * Klien tidur * Keadaan umum baik * Sakala nyeri brkurang 5 m3njadi 3 * Dx. Medis : hipertensi   A : masalah nyeri kronis  P : intervensi dilanjutkan 2,3,4  S : Ny. K mengatakan nyeri tengkuk berkurang dan bisa dibuat bergerak  O :   * Klien bisa melaksanakan sholat berjamaah di musholla * Keadaan umum baik * Sakala nyeri brkurang 5 m3njadi 3 * Dx. Medis : hipertensi   A : masalah nyeri kronis  P : intervensi dilanjutkan 2,3,4  S : Ny. K mengatakan nyeri tengkuk berkurang dan bisa untuk melihat tv sedkit lebih lama O :   * Memijat tengkuknya dengan minyak zaitun * Keadaan umum baik * skala nyeri 3 menjadi 2 * Dx. Medis : hipertensi * Observasi TTV :   TD : 130/70 mmHg  N : 88x/menit  S : 36oC RR : 18 x/menit  A : masalah nyeri kronis  P : intervensi dilanjutkan 2,3  S : Ny. K mengatakan nyeri tengkuk berkurang dan bisa tidur nyenyak O :   * Klien tidur lebih cepat * Keadaan umum baik * skala nyeri 3 menjadi 2 * Dx. Medis : hipertensi * Observasi TTV :   TD : 130/70 mmHg  N : 88x/menit  S : 36oC RR : 18 x/menit  A : masalah nyeri kronis  P : intervensi dilanjutkan 2,3  S : Ny. K mengatakan nyeri tengkuk berkurang dan bis memutar lehernya dan bisa aktivitas rinagn O :   * Keadaan umum baik * skala nyeri 3 menjadi 2 * Dx. Medis : hipertensi   A : masalah nyeri kronis  P : intervensi dilanjutkan 2,3  S : Ny. K mengatakan nyeri tengkuk berkurang  O :   * Ny. K aktivitas seperti biasa menata barang dan tidak tidur dikasur lama lama * Keadaan umum baik * Dx. Medis : hipertensi * Observasi TTV :   TD : 120/70 mmHg  N : 80x/menit  S : 36oC RR : 18 x/menit  A : masalah nyeri kronis  P : intervensi dihentikan  S : Ny. K mengatakan nyeri tengkuk berkurang dan bisa untuk melihat tv sedkit lebih lama O :   * Ny. K aktivitas seperti biasa menata barang dan tidak tidur dikasur lama lama * Keadaan umum baik * Dx. Medis : hipertensi * Observasi TTV :   TD : 120/70 mmHg  N : 80x/menit  S : 36oC RR : 18 x/menit  A : masalah nyeri kronis  P : intervensi dihentikan | **hin** |
| Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi   1. Desember 2019   3 Desember 2019  4 Desember 2019  5 Desember 2019 | 09.15  10.00  11.30  13.00  14.00  15.00  16.00  20.00  21.00  04.30  09.00  10.00  11.30  13.00  14.00  16.00  17.30  18.30  21.00  04.30  09.00  10.00  11.30  13.00  14.00  16.00  20.00  20.30  21.00  04.30  08.00  09.00  11.30  13.00  14.00 | memberikan edukasi pengobatan nonfarmakologis dengan cara terapi relaksasi otot dengan memijat menggunakan minyak zaitun  Hasil : klien melakukannya  Memberikan latihan ROM ( pergerakan otot)  Memberikan obat faxiden dn captopril  Mengkaji keadaan lutut klien dan memberikan pengobatan nonfarkologis memberikan kompres hangat  Memberikan edukasi tentang mobilitas dengan benar dengan cara bangun secara perlahan lahan dari tempat semula, mencari oegangan untuk bertumpu  Hasil : pasien mempratikkan  Monitor keadaan umum klien  Hasil: keadan umum baik  Memberikan peregangan otot pada lutut   * Mengkaji keluhan kaku pada lutut kaki   Hasil : sedkit tidak kaku seperti kemaren setelah dikompres air hangat  Monitor keadaan sekrang  Hasil: klien tidur  Membantu klien ke musholla untuk sholat berjamaah   * Menanyakan keadaan Ny. K saat ini   Hasil : pasien mangatakan masih kaku  Memberikan latihan ROM ( pergerakan otot)   * memberikan obat   captopril an piroxicam   * Mengkaji kondisi lutut pada klien Ny. K sudah bisa diarahkan   Mengecek kondisi klien  Hasil : keadaan umum baik  Membanti klien untuk berdiri untuk mengambil maknananya  Membantu kllien berjlan ke musholla panti untuk sholat berjamaah  Membantu klien berjalan balik dari musholla panti kekamar tidur  Memonitor keadaan klien  Hasil : klien tidur  Memebantuklien berjalan ke musholla untuk sholat berjamaah  memberikan edukasi pengobatan nonfarmakologis dengan cara terapi relaksasi otot dengan memijat menggunakan minyak zaitun  Hasil : klien melakukannya  Lebih berthati-hati jika berjalan  Memberikan obat faxiden dn captopril  Mengkaji keadaan lutut klien dan memberikan pengobatan nonfarkologis memberikan kompres hangat  Memberikan edukasi tentang mobilitas dengan benar dengan cara bangun secara perlahan lahan dari tempat semula, mencari oegangan untuk bertumpu  Hasil : pasien mempratikkan  Monitor keadaan umum klien  Hasil: keadan umum baik  Memberikan peregangan otot pada lutut   * Mengkaji keluhan kaku pada lutut kaki   Hasil : sedkit tidak kaku seperti kemaren setelah dikompres air hangat  Monitor keadaan sekrang  Hasil: klien tidur  Klien mengatakan ingin berakat sendiri ke musholla tanpa banuan  Menyanyakan kedaan klien  Hasil : klien megatakan lutut sudh bisa ditekuk  Memberikan latihan ROM ( pergerakan otot)  Memberikan obat faxiden dn captopril  Memberikan edukasi tentang mobilitas dengan benar dengan cara bangun secara perlahan lahan dari tempat semula, mencari oegangan untuk bertumpu  Hasil : pasien mempratikkan  Mengkaji keadaan lutut klien dan memberikan pengobatan nonfarkologis memberikan kompres hangat | **hin** | 2 Des 2019  14.00  2 Des 2019  21.00   1. Des 2019 07.00   3 Des 2019  14.00  3 Des 2019  21.00  4 Des 2019 07.00   1. Des 2019 14.00   4Des 2019  21.00   1. Des 2019 07.00   5 Des 2019  14.00 | S : Ny. K mengatakan masih terasa kaku lutut kaki  O :   * Pasien tampak memijat mijat lutut * Pasien tampak berjalan dengan hati hati mengunakan pegangan besi yg tersedia * Tampak mengulangi gerakkan rom * Pasien meminta bantuan saat berdiri   A : masalah gangguan mobilitas belum teratasi  P : lanjutkan intervensi  S : Ny. K mengatakan masih terasa kaku lutut kaki  O :   * Terlihat tidur * Kaki disanggah dengan bantal * Pasien meminta bantuan saat berdiri   A : masalah gangguan mobilitas belum teratasi  P : lanjutkan intervensi 1,2,4  S : Ny. K mengatakan masih terasa kaku lutut kaki  O :   * Pasien tampak memijat mijat lutut * Pasien tampak berjalan dengan hati hati mengunakan pegangan besi yg tersedia * Tampak mengulangi gerakkan rom * Pasien meminta bantuan saat berdiri   A : masalah gangguan mobilitas belum teratasi  P : lanjutkan intervensi 1,2,4  S : Ny. K mengatakan masih terasa kaku lutut kaki  O :   * Pasien tampak memijat mijat lutut * Pasien tampak berjalan dengan hati hati mengunakan pegangan besi yg tersedia * Tampak mengulangi gerakkan rom * Pasien meminta bantuan saat berdiri   A : masalah gangguan mobilitas belum teratasi  P : lanjutkan intervensi 1,2,4  S : Ny. K mengatakan masih terasa kaku lutut kaki  O :   * Klien tampat beristirahat * Klien meminta bantuan untuk berjalan jauh * Berjalan dengan mengunakan pegangan besi yg tersedia * Tampak mengulangi gerakkan rom * Pasien meminta bantuan saat berdiri   A : masalah gangguan mobilitas belum teratasi  P : lanjutkan intervensi 1,2,4  S : klien menagatakan kaku lutut sudah berkurang dan apabila sekarang berjalan melihat dulu apabila lantai basah Ny. K tidak melewati dulu  O :   * Berjalan tidak sedkit tidak sempoyongan * Kalau berdiri dari kursi tidak butuh bantuan orang lain   A : masalah gangguan mobilitas fisik  P : lanjutkan intervensi 1,4  S : klien menagatakan kaku lutut sudah berkurang dan apabila sekarang berjalan melihat dulu apabila lantai basah Ny. K tidak melewati dulu  O :   * Berjalan tidak sedkit tidak sempoyongan * Kalau berdiri dari kursi tidak butuh bantuan orang lain   A : masalah gangguan mobilitas fisik  P : lanjutkan intervensi 1,4  S : klien menagatakan kaku lutut sudah berkurang  O :   * Berjalan kekamr sendiri * Berjalan tidak sedkit tidak sempoyongan * Kalau berdiri dari kursi tidak butuh bantuan orang lain   A : masalah gangguan mobilitas fisik  P : lanjutkan intervensi 1,4  S : klien menagatakan kaku pada lutut sudah berkurang dari pada kemarin  O :   * Berjalan tidak sempoyongan * Kalau berdiri dari kursi tidak butuh bantuan orang lain * Berjalannya tidak perlu menggunakan dinding lai * Berjala dengan hati hati   A : masalah gangguan mobilitas fisik  P :intervensi dihentikan  S : klien menagatakan kaku pada lutut sudah berkurang dari pada kemarin  O :   * Berjalan tidak sempoyongan * Kalau berdiri dari kursi tidak butuh bantuan orang lain * Berjalannya tidak perlu menggunakan dinding lai * Berjala dengan hati hati   A : masalah gangguan mobilitas fisik  P :intervensi dihentikan |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Defisit Pengetauan berhubungan dengan kurangnya terpapr informasi** | 10.10  13.30 | .Mengkaji pemahaman tentang penyakit hipertensi  Hasil : klien mengatakan penyakit yang emebuat pusing dan tengkuk sakit  Memberi pemahaman tentang penyakit hipertensi  Hasil: klien mengatakan penyakit hipertensi, karena pola makan yg tidak sehat, stress, dan harus kontrol rutin  Memonitor klien untuk perilaku pola makan  Hasil : klien meminum susu milik temannya  Menganjurkan perilaku sehat dengan cara kontrol rutin untuk tensi  Mengidentifikasi kesipan klien menierima informasi  Hasil : klien mengatakan akan memperaktikkan dari informasi yg disampaikan  Mengontrok kondisi klien  Hasil ; klien tidur  3 Des 2019 07.00  3 Des 2019 14.00  Membantu klien untuk mengambilkan maknanan sarapan  Memberikan edukasi tentang mobilitas dengan benar dengan cara bangun secara perlahan lahan dari tempat semula, mencari oegangan untuk bertumpu  Hasil : pasien mempratikkan  Menganjurkan klien untuk rajin kontrol  Memberikan edukasi tentang penyakit hipertensi kepatuhan terhadap pengobatan  Hasil : pasien menulangi tetang kepatuhan pengobatan  Monitor keadaan umum klien  Hasil: keadan umum baik  Memberikan edukasi melalui leaflet  3 Des 2019  21.00  Hasil : klien membaca dan disimpannya untuk menjadikan informasi  Mengajukan pertnyaan tentang laranagn makanan untuk penyakit hipertensi  Hasil : klien mnejawab makanan asin, manis, gorengan dan daging merah  4 Des 2019 07.00  Memonitor kondisi klien  Hasil ; klien tidur  Mengkaji kondisi klien  Hasil : kondisi umum baik  Mengajukan kembali tentang penyakit hipertensi apa kerugian tidak kontrol rutin  Hasil : klien mengatakan akan terjadinya sakit seperti ini |  | 2 Desember  2019  14.00 | S : kliem mengatakan jarang mengkontrol rutin dan kurang pemahaman tentang penyakitnya O :   * Mengetahui makanan yang perlu dihindari * Pasien akan kontrol rutin * Membuat jadwal untuk kontrol dan makanan yg harus dihindari   A : masalah defisit pengetahuanbelum teratasi P :lanjutkan intervensi 2,3,4  S : kliem mengatakan jarang mengkontrol rutin dan kurang pemahaman tentang penyakitnya O :   * Mengetahui makanan yang perlu dihindari * Pasien akan kontrol rutin * Membuat jadwal untuk kontrol dan makanan yg harus dihindari   A : masalah defisit pengetahuanbelum teratasi P :lanjutkan intervensi 2,3,4  S : klien menagatakan mengerti penyebab hipertensi dan pencegahannya O :   * Pasien membaca leaflet * Keadaan umum baik * Minum obat langsung dan tidak ditunda   A : masalah defisit pengetahan teratasi sebagian P lanjutkan intervensi 1,3  S : klien menagatakan mengerti penyebab hipertensi dan pencegahannya O :   * Pasien membaca leaflet * Keadaan umum baik * Minum obat langsung dan tidak ditunda   A : masalah defisit pengetahan teratasi sebagian P lanjutkan intervensi 1,3  S : klien menagatakan mengerti penyebab hipertensi dan pencegahannya O :   * Pasien membaca leaflet * Keadaan umum baik * Minum obat langsung dan tidak ditunda   A : masalah defisit pengetahan teratasi sebagian P lanjutkan intervensi 1,3  S : klien mengerti cara menghindari penyebab hipertensi  O :   * Keadaan umum baik * Dx. Medis : hipertensi * Tidak memakan makanan temannya * Snack gorengan diberikan ketemannya   A : defisit pengetahuan teratasi P : intervensi dihentikan |  |
| 2 Desember  2019 | 14.00 |  |  |
|  | 16.00 |  |  |
|  |  |  | 2 Desember 2019  21.00 |
| 3 Desember 2019 | 19.30  21.00  07.00  09.30  10.00  13.00 |  |  |
| 4 Desember 2019 | 14.00  16.00  20.00  21.20  07.00  09.00 |  |  |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai Asuhan keperwatan pada pasien Ny K dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Dahlia UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal 2-6 Desember 2019 . Melalui pendekatan studi kasus untuk mebahas teori, fakta serta opini penulis selama praktek dilapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan proses keperawatan dari tahap pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

**4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

1. **Identitas**

Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, agama, suku bangsa dan diagnosa medis. Dari data didapatkan pasien berjenis kelamin perempuan dan berusia 73 tahun, dari faktor usia pasien sangat sesuai dengan Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat risiko hipertensi. Kejadian hipertensi makin meningkat dengan bertambahnya usia. Hal ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah

dan hormon. Hipertensi pada usia kurang dari 35 tahun akan menaikkan insiden penyakit arteri koroner dan kematian prematur (Suhadak, 2010). Penulis berasumai hal ini sesuai dengan data di lapangan kebanyakan responden lansia yang mengalami hipertensi berumur ≥ 70 tahun. Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan– perubahan pada, elastisitas dinding aorta menurun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah.

1. **Riwayat Kesehatan**

1) Keluhan Utama

Keluhan utama Tengkuk terasa tegang atau nyeri leher diakibatkan karena terjadi peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah di daerah leher yang mana pembuluh darah tersebut membawa darah ke otak sehingga ketika terjadi peningkatan tekanan vaskuler ke otak yang mengakibatkan terjadi penekanan pada serabut saraf otot leher sehingga penderita merasa nyeri atau ketidaknyamanan pada leher (Siti, 2019). Pada tinjauan kasus, keluhan utama pasien adalah nyeri leher/ tengkuk dan sekit pusing dan nyeri pada penykit hipertensi akan mengaggu aktivitas. Temuan kasus ini ternyata tidak ada perbedaan dengan teori dan lapangan, karena pasien dengan hipertensi keluhan yang ditonjolkan adalah nyeri kronis karena peningkatan tekanan vaskuler. Jadi tinjauan kasus dan tinjauan teori sama.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Hipertensi dapat dicegah dengan menghindari faktor penyebab terjadinya hipertensi dengan pengaturan pola makan, gaya hidup yang benar, hindari kopi, merokok dan alkohol, mengurangi konsumsi garam yang berlebihan dan aktivitas yang cukup seperti olahraga yang teratur (Dalimartha, 2008 dalam kiki 2013).. Pada tinjauan kasus, pasien mengatakan nyei pada tengkuk dan terasa berat . Dari hasil temuan ini maka dapat digambarkan bahwa hipertensi terjadi karena kurannya kontrol dari pola makan dan mengakibatkan keluhan nyeri .

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat Penyakit Dahulu, pasien mengatakan memiliki riwayat diabetes dan hipertensi. Pasien tidak pernah rutin dan tidak menjaga pola makan

Pasien mengalami riwayat penyakit hipertensi sejak masuk panti, Sedangkan faktor risiko yang dapat dikendalikan (minor) yaitu kurang olah raga, merokok, minum kopi, pendidikan dan pola makan (Suhadak, 2010).

4) Riwayat penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi. Pada tinjauan kasus pasien mengatakan tidak mengetahui apakah keluarga terdahulu mempunyai riwayat hipertensi, diabetes melitus, atau stroke.

1. **Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Ny.K Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan *Head to Toe* seperti tersebut dibawah ini :

1) Leher

Pemgkajian leher pada Ny. K terasa berat dibagian tengkuk (leher) dan terasa hilang timbul. Menurut (Siburian, 2006 dalam rohmah, 2015) terdapat Tengkuk terasa pegal atau kekakuan pada otot tengkuk diakibatkan karena terjadi peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah di daerah leher sehingga aliran darah menjadi tidak lancar, dan hasil akhir dari metabolisme di daerah leher akibat kekurangan O2 dan dan nutrisi tertimbun dan menimbulkan peradangan pada daerah perlekatan otot dan tulang sehingga muncul rasa nyeri. Dalam temuan ini ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus penulis berasumsi terjadinya nyeri leher karena peningkatan tekanan vaskuler ke otak yang mengakibatkan terjadi penekanan pada serabut saraf otot leher sehingga penderita merasa nyeri

2) Ekstremitas

Pengkajian ekstremitas pada Ny. K ditemukan pada lutu kaki kiri susah dibuat bejalan tetapi masih ada kontraksi. Hipertensi menyebabkan artherosklerosis yang dapat menyebabkan oklusi arteri dan menyebabkan stasis aliran darah di pembuluh subkondral, terjadi suatu iskemia subkondral sehingga pertukaran nutrisi dan gas terganggu ke dalam tulang rawan artikular yang menjadi inisiator potensial dari perubahan degradatif pada tulang rawan.6 Penelitian yang dilakukan oleh Ishaan (Vohra et al, 2015). Penulis berasumsi bahwa nyeri lutut juga penyebab dari hipertensi mengarah ke osteoatritis karena pasien juga mendapatkan obat faxiden dalam temuan ini t ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

3) Keseimbangan

Pengkajian keseimbangan pada Ny. K **Perubahan posisi atau gerak keseimbangan** dengan mengguakan tangan untuk menompang badan saat duduk dan berdiri dari kursi. Pasien sedkit kurang mampu menahan dorongan **Komponen gaya berjalan atau gerak** Ny.KPasien mampu berjalan sedikit meyimpang dan berbalik dengan sedikit sempoyongan.menurut terori Kelemahan otot-otot yang nyata dari tubuh dan bagian proksimal tungkai bawah yang menyebabkan cara berdiri dan gaya berjalan yang khas. Ketika berusaha bangkit dari posisi duduk, individu yang terkena akan membungkuk ke depan, tubuh fleksi pada pinggul, meletakkan tangan pada lutut, dan mendorong tubuh ke atas dengan menggerakkan tangan keatas pada paha. (Gelb, 1995 dalam amaliyah 2010).

. Dalam temuan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan teori, yaitu pasien tidak mengalami gangguan hambatan mobilitas keseimbanagn ssat mau duduk dan berdiri

1. **Pengkajian Konsep Lansia**

Ny K cenderung memiliki emosi stabil dan tidak mudah marah. Ny K juga masih bisa mengingat keadaan sekarang dengan baik termasuk mampu tempat sat ini dimana dan asal Ny.K . Ny K mampu melakukan perintah sesuai arahan yang diberikan. Ny K masih mampu untuk memenuhi kebutuhan dasarnya seperti mandi, makan, berjalan. Ny K masih memiliki fungsi intelektual dan kemandirian utuh.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka ada lima yaitu :

1. Nyeri akut
2. Gangguan pola tidur
3. Hambatan mobilitas fisik
4. Resiko penurunan curah jantung
5. Defisit pengetahuan

Dari delapan diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Hanya terdapat tiga diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Nyeri Kronis
2. Hambatan mobilitas fisik
3. Defisit Pengetahuan (penyakit hipertensi)

## Dx 1 Nyeri kronis b/d ketidakseimbangan neurotransmitter

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 2 Desember 2019. Hasil yang didapat dari dua responden sebagai berikut. Ny.K mengatakan memiliki riwayat tekanan daeah tinggi dan lehernya sering terasa nyeri dan kaku P : nyeri karena tekanan darah tinggi, Q : tertusuk- tusuk, R : leher, T : nyeri hilang timbul dan data obyektif yang didapat klien terlihat memijit tengkuknya dengan minyak zaitun, skala nyeri 5 dan TD : 143/72 mmHg.Untuk mengatasi masalah diatas dilakukan intervensi keperawatan yang disesuaikan dengan pasien yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi reaksi non verbal klien, mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik terapi massage minyak zaitun), melakukan kolaborasi dokter untuk pemberian obat (k/p).

Hal ini sejalan dengan teori (Crowin, 2000 dalam siti, 2019) dimana salah satu tanda hipertensi adalah nyeri pada tengkuk dikarenakan pembuluh da dan dapat menghambat aliran darah. Pembuluh darah yang ada di sekitar leher menjadi menyempit dengan berkala sehingga leher akan mengalami pengerutan baik oleh otot leher maupun pembuluh darahnya menurut (Dalimartha, 2008). Relaksasi merupakan salah satu teknik pengelolaan diri yang didasarkan pada cara kerja sistem syaraf simpatetis dan parasimpatetis. Menurut Dalimartha (2008) dalam Wijaya dan Putri (2013), pada prinsipnya massage yang dilakukan pada penderita hipertensi adalah untuk memperlancar aliran energi dalam tubuh sehingga gangguan hipertensi dan komplikasinya dapat diminalisir.).

Penulis berasumsi tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama 5x24 jam pada Ny.K teratasi. Ny.K mengatakan nyeri di leher berkurang dan sudah tidak lagi terasa skala nyeri 1, TD : 120/70 mmHg, klien terlihat nyaman.

## Dx 2 Gangguan mobilitas fisik b/d kekakuan sendi

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan pada tanggal 2 Desember 2019 yang didapatkan dari Ny. K mengatakan susah berjalan karena lututnya kaku, klien mengatakan untuk aktifitas terkadang dibantu oleh orang lain dan berdasarkan pengkajian status fungsional barthel indeks menunjukkan angka 120 yang berarti ketergantungan sebagian, klien terlihat menggunakan tongkat untuk berjalan, kaki kiri klien mengalami kelemahan dengan tonus otot 4 dan klien mengonsumsi obat faxiden piroxicam. Dari data tersebut dirumuskan intervensi keperawatan yang disesuaikan dengan klien yaitu monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pegangan besi dipinggir jalan), memberikan ROM peregangan otot Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4x24 jam pada evaluasi pada hari ke 4 klien mengatakan sudah bisa berjalan tanpa bantuan orang lain dan tidak sempoyongan

Menurut (Bangun, 2009) gout arthritis banyak menyebabkan kerugian bagi lansia seperti menimbulkan gangguan rasa nyeri, bengkak, kekakuan sendi, keterbatasan luas gerak sendi, gangguan berjalan dan aktivitas harian lainnya. Menurut (Nugroho, 2008) gangguan musculoskeletal menyebabkan kekakuan jaringan penghubung sehingga menyebabkan turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot, kesulitan bergerak dari duduk sampai berdiri, jongkok dan berjalan, dan hambatan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

Penulis berasumsi tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama 4x24 jam pada Ny.K teratasi karena adanya terapi obat yang diminum secara rutin dan memberikan terapi kompreas air hangat karena Kompres hangat merupakan salah satu penatalaksanaan nyeri dengan memberikan energy panas melalui konduksi, dimana panas tersebut dapat menyebabkan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah), meningkatkan relaksasi otot sehingga meningkatkan sirkulasi

## Dx 3 Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan pada tanggal 2 Desember 2019 yang didapatkan dari kedua responden Ny. K dan merupakan lulusan SD. mengatakan klien mengatakan ia pernah tapi sudha lupa diberi pendidikan kesehatan mengenai tekanan darah tinggi, klien mengatakan mengapa ia bisa terkena tekanan, klien mengatakan mengapa ia tidak boleh makan asin-asin, manis manis dan gorengan dan terlihat sebelum dilakukan pengkajian klien meminum susu temenyya yang tidak habis dan memakan gorengan. Dan kurangnya kontrol untuk mengetahui keadaan tekanan darah klien

Dari data tersebut dirumuskan intervensi yang sesuai kebutuhan klien Ny. K yaitu menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, menggambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, mengidentidentifikasi kemungkinan penyebab, menyediakan informasi pada pasien tentang kondisi, mendiskusikan pilihan terapi atau penanganan. Setelah dilakukan implementasi selama 15 menit melalui juga leaflet Ny. K mengatakan memahami proses penyakit, klien mengatakan paham mengenai tanda dan gejala penyakit, klien mengatakan paham mengenai kondisinya dan mengatakan memahami proses penyakit, kondisinya.

Pendidikan kesehatan ialah suatu tindakan yang dilakukan petugas kesehatan seperti perawat dengan memeberikan pengetahuan atau informasi yang diberikan kepada pasien yang mengalami penyakit yang dideritanya untuk menambah pengetahuan (Kanis, 2013). Menurut (Bayo, 2008) ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan klien tentang cara pencegahan hipertensi. Sesuai dengan teori (Beigi,et al. 2014) bahwa program pendidikan efektif dalam meningkatkan pengetahuan, meningkatkan manajemen diri, dan mengendalikan kebiasaan gaya hidup yang merugikan pasien hipertensi.

Asumsi penulis pada diagnose defisit pengetahuan mengenai hipertensi adalah masalah teratasi karena dilihat dari criteria hasil yang ada pada intervensi klien menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi dan pengobatannya kemudian kedua klien juga dapat menjelaskan kembali apa yang telah dijelaskan penulis.

**4.3 Perencanaan**

**1. Nyeri kronik berhubungan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter** Semua yang direncanakan memiliki tujuan agar nyeri dapat hilang/berkurang dengan kriteria hasil: skala nyeri berkurang, pasien mmpu mencoba teknik relaksasi massage dengnan minyak zaitun dalam, TTV dalam batas normal, pasien menggungkapkan perasan nyaman.

Adapun rencana keperawatan yang dilakukan adalah membina hubungan salig percaya denga pasien, kaji tingkat nyeri pasien, observasi tanda-tanda vital, mengajarkan pasien teknik relaksasi massage dengan minyak xaitun, kolaborasikan dengan Dokter untuk pemberian obat captopril

**2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi**

Semua yang direncanakan memiliki tujuan agar mobilisasi pasien kembali normal dengan kriteria hasil: pasien dapat mempertahankan fungsi optimal dengan tidak adanya kekakuan sendi.

Adapun rencana keperawatan yang dilakukan adalah bantu pasien mobilisasi ditempat tidur, lakukan latihan ROM untuk peregangan otot, beri dorongan pasien untuk berpartisipasi dalam terapi, kolaborasi pemberian analgetik memberikan kompres hangat.

1. **Defisit penegtahuan berhubungan dengan kurangya informasi**

Semua yang direncanakan memiliki tujuan agar mengetahui lebih informasi dari penyakit hipertensi dan penyebab, dan rajin kontrol dengan kriteria hasil: kaku sendi menurun, nyeri brkurang

Adapun rencana keperawatan yang dilakukan adalah monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasifasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pegangan besi dipinggir jalan)memberikan rom, peregangan otot

**4.4 Pelaksanaan dan Evaluasi.**

**1. Nyeri kronik berhubungan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter**

Implementasi yang dilakukan untuk mengurangi nyeri untuk mencapai kriteria hasil pasien mengatakan nyeri berkurang/ hilang, Wajah tampak tenang, TTV dalam batas normal yaitu mengobservasi TTV TD 120/70 mmHg N 80 x/menit S 36,4 C RR 18 x/menit, Mengajarkan teknik massageleher dengan minyak zaitun dan mengkosumsiobat captopril dalam untuk mengurangi nyeri, px mengatakan sudah tidak nyeri

Evaluasi pada hari ke 2 ( 3 Desember 2019) didapatkan TD 136/67 mmHg N 84 x/menit S 36,2 C RR 18 x/menit, mengkaji skala nyeri klien 5, memeberikan edukasi pengobatan nonfarklogi terapi massage dengan minyak zaitun, pasien mengakan nyeri belum berkurang.

Evaluasi pada hari ke 3 (4 Desember 2019) didapatkan Pasien TD 130/70 mmHg, N 80 x/menit, S 36,3 C, RR 18 x/menit, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari skala 5 menjadi skala 3.

Evaluasi pada hari ke 4 (5 Desember 2019) didapatkan Pasien TD 130/70 mmHg, N 80 x/menit, S 36,3 C, RR 18 x/menit, pasien memijat tengkuknya dengan minyak zaitun pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari skala 3 menjadi skala 2

Evaluasi pada hari ke 5 (6 Desember 2019) didapatkan Pasien TD 120/70 mmHg, N 80 x/menit, S 36,3 C, RR 18 x/menit, pasien terlihat aktivitas seperti biasa menata barang, dan bisa melihat tv sedkit lama, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari skala 2 menjadi skala 1

**2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi**

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa hambatan mobilitas fisik kekauan sendi pada lutut untuk mencapai kriteria hasil agar pasien dapat mempertahankan kekuatan otot, memberikan terapi obat faxiden, memebrikna nonfarmokologis dengan cara mengkompres air hangat pada lutut karena kompres air hangat dapat memperbaiki sirkulasi dan mengantarkan nutrisi terhadap sendi dan otot yang bermasalah, memberikan latihan ROM aktif pada bagian lutut agar rperegangan otot

Evaluasi pada hari ke 2 ( 3 Desember 2019) didapatkan pasien mengatakn lutunya sudah bisa ditekuk, pasien tampak mengulanggi gerakan ROM aktif , pasien tampak berjalan denganbantuan dinding dan diberikan obat faxiden

Evaluasi pada hari ke 3 ( 4 Desember 2019) didapatkan pasien mengatakn kaku pada lutut berkurang, pasien tampak mengulanggi gerakan ROM aktif , pasien berjalan lebih hati-hati dan diberikan dan tidak sempoyongan, obat faxiden

Evaluasi pada hari ke 4 ( 5 Desember 2019) didapatkan pasien mengatakn kaku pada lutut sudah berkurang dari pada kemarin, pasien tampak mengulanggi gerakan ROM aktif , pasien berjalan lebih hati-hati dan diberikan dan tidak sempoyongan, obat faxiden

**3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang tepapr informasi**

Implementasi yang dilakukan agar pasien tidak kesulitan dalam memahammi penyakit hipertensi untuk mencapai kriteria hasil menunjukkan perilaku sesuai anjuran meningkat, menunjukkan perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan meningkat dan memeberikan edukasi tentang penyakit hipertensi dengan menggunaan materi leaflet

Evaluasi pada hari ke 2 ( 3 Desember 2019) didapatkan pasien membeuat jadwal kontrol, mengetahui makanan yang dihindari, mengubah gaya hidup tidak suka minum teh berlebih

Evaluasi pada hari ke 3 ( 4 Desember 2019) didapatkan paien membaca materi penyuluhan Hipertensi mealui leaflet, dan meminum obat captopril tanpa ditunda

Evaluasi pada hari ke 4 ( 5 Desember 2019) didapatkan paien tidak memakan yang lebih ke temen , dan memberikan sncak gorengan ketemannya

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan Asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa Hipertensi di Ruang Dahlia UPTD Griya Werdha Surabaya. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meingkatkan mutu asuhan keperawatan khususnya pada penderita Hipertensi

**5.1 Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada saat pengkajian tidak semua tanda-tanda hiperetensi muncul pada Ny. K. Pasien hanya mengeluh nyeri ditengkuk leher dan kaku dilutut kaki kiri, kurangnya pemahaman tentang penyakit hipertensi dan kurang konrol rutin teknan darah. Didapatkan observasi tanda-tanda vital, tekanan darah 120/70 mmHg, Nadi 80x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu 36,0oC. Pada pengkajian keseimbangandan ektremitas, terdapat cara berjalan klien sedkit sempoyongan dan apabila ingin berdiri meminta bantuan, lutut kaki sebelah kiri susah untuk ditekuk, skala otot ekstremitas bagian kanan normal.
2. Diagnosis keperawatan yang muncul adalah Nyeri kronik berhubungan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kekakuan sendi, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapapr informasi.
3. Rencana tindakan keperawatan di sesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan tujuan utama diharapkan tercapainya proses penyembuhan dengan kriteria hasil berkurangnya nyeri ditekuk, mobilisasi berjalan kembali normal dan meningkatnya pengethaun informasi tentang penyakitnya.
4. Pelaksanaan / implementasi yang dilakukan adalah menajarkan teknik massage dengan minyak zaitun, melakukan latihan peregangan otot dengan ROM*(Range of Motion)*, kompres air hangat, memberikan edkuasi penyakit hipertensi dan rajin ktol minum obat.
5. Pada akhir evaluasi tanggal 6 Desember 2019, didapatkan skala nyeri berkurang (1), pasien bisa mengatasi nyeri ketika nyeri muncul dan rutin kontrol mengetahui tekanna darah yang stabil. Pada lutut kaki kiri sudah bisa digerakkan menekuk dan apabila terjadi kekauan sendi pasien bisa mengatasi dengan peregangan otot dan rutin minum obat. Pasien juga sudah mengerti tentang penyakithipertensi dan mengedukasi agar menjaga pola makan. Hasil evaluasi pada Ny. K teratasi
6. Pendokumentasian pada Perencanaan yang ada dalam tinjauan pustaka tidak sama dengan perencanaan yang ada pada tinjauan kasus, karena dalam perencanaa diagnosa di kasus ada 4 rencana keperawatan sedangkan pada tinjauan pustaka ada 6 rencana keperawatan disesuaikan dengan kebutuhan klien, kondisi klien, dan kemampuan fasiltas yang ada.

**5.2 Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis dapat memberikan saran sebgai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan antar tim baik.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khusunya pengetahuan dalam bidang pengetahuan
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

# 

# **DAFTAR PUSTAKA**

Arlita.2014. Hubungan Asupan Natrium, Kalium, Magnesium, dan Status Gizi dengan tekanandarah Pada Lansia Di Kelurahan Makamhaji Kecamatan Surakarta. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Surakarta

Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Berman A, 2009, Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Kozier & Erb, Alih Bahasa Meiliya dkk, EGC, Jakarta

Dalimartha, S. 2008. Care Your Self Hipertension. Penebar Plus. Jakarta.

Dewi, R. (2014). Buku Ajar Keperawatan Gerontik,Edisi 1. Yogyakarta: Publisher.

Efendi, F & Makhfudli.(2009).*Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.

health\_day\_20 130403/ en/. Diunduh pada 18 juli 2020

Junaidi, E, Yulianti, s, dkk. (2013). Hipertensi Kandas Berkat Herbal. Jakarta:Fmedia

Khotimah, N. 2018. “Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup Sehat Pada Pasien Hipertensi Berbasis Social Cognitive Theory Di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima.” *Tesis*. Diakses pada 18 Juli 2020

Maryam, R. Siti, dkk. (2008). Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya. Jakarta: Salemba Medika.

Muhith, Abdul dan Sandu Siyoto. (2016). Pendidikan Keperawatan Gerontik” Yogyakarta: CV. Andi Offset.

Nugroho, Wahyu. (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik* . Jakarta: EGC

Nuraini, Bianti. 2015. “Risk Factors of Hypertension.” 4: 10–19.

Park, D. C., & Yeo, S. G. (2013). Aging. *Korean Journal of Audiology*, *17*(2), 39– [44. http://doi.org/10.7874/kja.2013.17.2.39](http://doi.org/10.7874/kja.2013.17.2.39)

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamentals of Nursing* (7th ed.). Jakarta: Salemba Medika.

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

Smeltzer, S. C., Bare, B. G. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Vol 1. Alih Bahasa oleh Agung W., Karyasa I., Julia. 2013. Jakarta: EGC.

Stanley, M. Patricia, G.B. (2007). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Edisi 2. Jakarta: EGC

Supariasa dkk. 2012. Penilaian Status Gizi. EGC. Jakarta.

WHO (2015), World Health Day 2015 : Measure your blood pressure, reduce yourrisk.<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world>

Yana, Y. (2014). 41 Manfaat Minyak Zaitun bagi Kesehatan, Kecantikan, dan Efek Sampingnya. Online (https://manfaat. co.id/manfaat-minyak-zaitun). Diakses tanggal 17 Juli 2020 pukul 13:00.

# 

# **LAMPIRAN 1**

**CURRICULUM VITAE**

Nama : Hindayatus Shokhifah

Nim : 1930036

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Sidoarjo, 02 Agustus 1996

Agama : Islam

Email : hindaayatuss@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Simo Angin-angin Tahun 2002
2. SD Negeri Simo Angin-angin Tahun 2008
3. SMP Negeri 1 Krian Tahun 2011
4. SMA Negeri 3 Sidoarjo Tahun 2014
5. D3 Akper Pemkab Lamongan Tahun 2017
6. S1 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Tahun 2019

# **LAMPIRAN 2**

**MOTTO & PERSEMBAHAN**

**MOTTO**

* Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari suatu urusan), tetaplah bekerja keras untuk (urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap

(Q.S Al Insyirah : 6-8)

***The Gifted***

**PERSEMBAHAN**

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik. Karya ini ku persembahkan untuk:

1. Orang tuaku, Ayah (Abdullah) dan Ibu (Sri Kuwanti) yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun.
2. Kakakku (Amaliyah Rizki, Achmad M. Munir, dan Ike Sari) tersayang yang telah menghiburku dikala penat dan lelah.
3. Teman – teman Profesi Ners Angkatan 10 STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Terima kasih untuk semua orang yang ada di sekelilingku yang selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidupku. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kalian dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal’Alaamin

# **LAMPIRAN 3**

Standar Operasional Prosedur

ROM

(Range Of Motion)

**Pengertian**

ROM *(Range of Motion)* adalah gerakan dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan, latihan ROM biasanya dilakukan pada pasien dengan keterbatasan mobilisasi yang tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak degan mandiri (Suratun, 2008).

**Tujuan**

Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien.

**Indikasi**

1. Pasien dengan tirah baring lam
2. Stroke atau penurunan kesadaran
3. Kelemahan otot
4. Kekauan sendi
5. Fase rehabilitasi fisik

**Kontra Indikasi**

1. Pasien dengan fraktur
2. Kelainan sendi atau tulang
3. Trombus/emboli pada pembuluh darah.

**Gerakan-Gerakan ROM**

1. Fleksi dan Ekstensi Pereganagn lutut kaki

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang kan dilakukan
2. Atur posisi lutut kaki lurus
3. Pegang lutut pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang kaki pasien pasien.
4. Tekuk lutut pasien ke depan dan kebelakang sejauh mungkin.
5. Catat perubahan yang terjadi.

**Tujuan**

Tindakan relaksasi massage ini bertujuan untuk massage tengkuk dengan minyak zaitun dalam mengurangi nyeri kepala pasien hipertensi, dengan tujuan khusus yaitu untuk mengetahui skala nyeri kepala sebelum dan sesudah diberikan perlakuan dan untuk menganalisis perbedaan tingkat nyeri kepala.

**Indikasi**

Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri kronis/nyeri akut

Prosedur Pelaksanaan :

**Lampiran 4**

**Standar Operasional Prosedur**

Teknik relaksasi Massage leher dengan minyak zaitun

**Pengertian**

Relaksasi masase punggung yaitu sentuhan yang di bentuk berguna untuk meningkatkan kenyamanan dan memperlancar aliran energi dalam tubuh sehingga gangguan hipertensi dan komplikasinya dapat diminalisir

Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi :

1.    Posisikan pasien dengan tepat

2.    Pikiran beristirahat

3.    Lingkungan yang tenang

Tujuan  :

Untuk menggurangi atau menghilangkan rasa nyeri

Indikasi :

Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri kronis/nyeri akut

Prosedur pelaksanaan :

A.   Tahap prainteraksi

1.    Mencuci tangan

2.    Meyiapkan alat

B.   Tahap orientasi

1.    Memberikan salam teraupetik

2.    Validasi kondisi pasien

3.    Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga

C.   Tahap kerja

1. Gunakan minyak zaitun di tangan dan digosok-gosokan dengan kedua tangan,
2. Memijat area tengkuk menggunakan telapak tangan dengan 10 gerakan maju mundur ke arah samping kiri dengan posisi di sebelah kanan responden diulang beberapa kali,
3. Memijat dengan cara seperti mencubit kulit tengkuk responden sebanyak 10 gerakan,
4. Posisi berpindah di belakang responden.
5. Memijat tengkuk dengan cara linier dari atas ke bawah menggunakan ibu jari dan gerakan dari bawah ke atas menggunakan telapak tangan sebanyak 10 gerakan,
6. Membersihkan sisa minyak zaitun di tubuh responden.

D.   Tahap terminasi

1.    Evaluasi hasil kegiatan

2.    Akhiri kegiatan dengan baik

3.    Cuci tangan

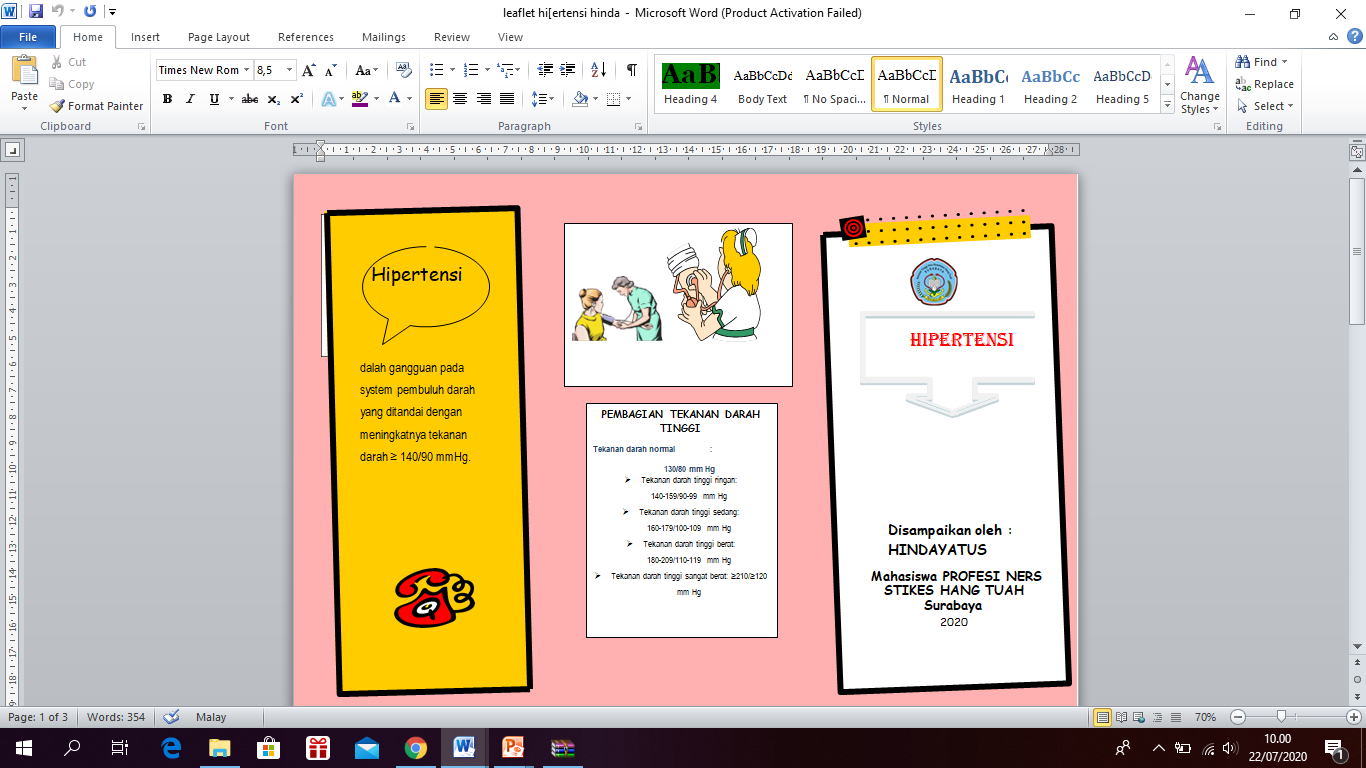
E.   Dokumentasi

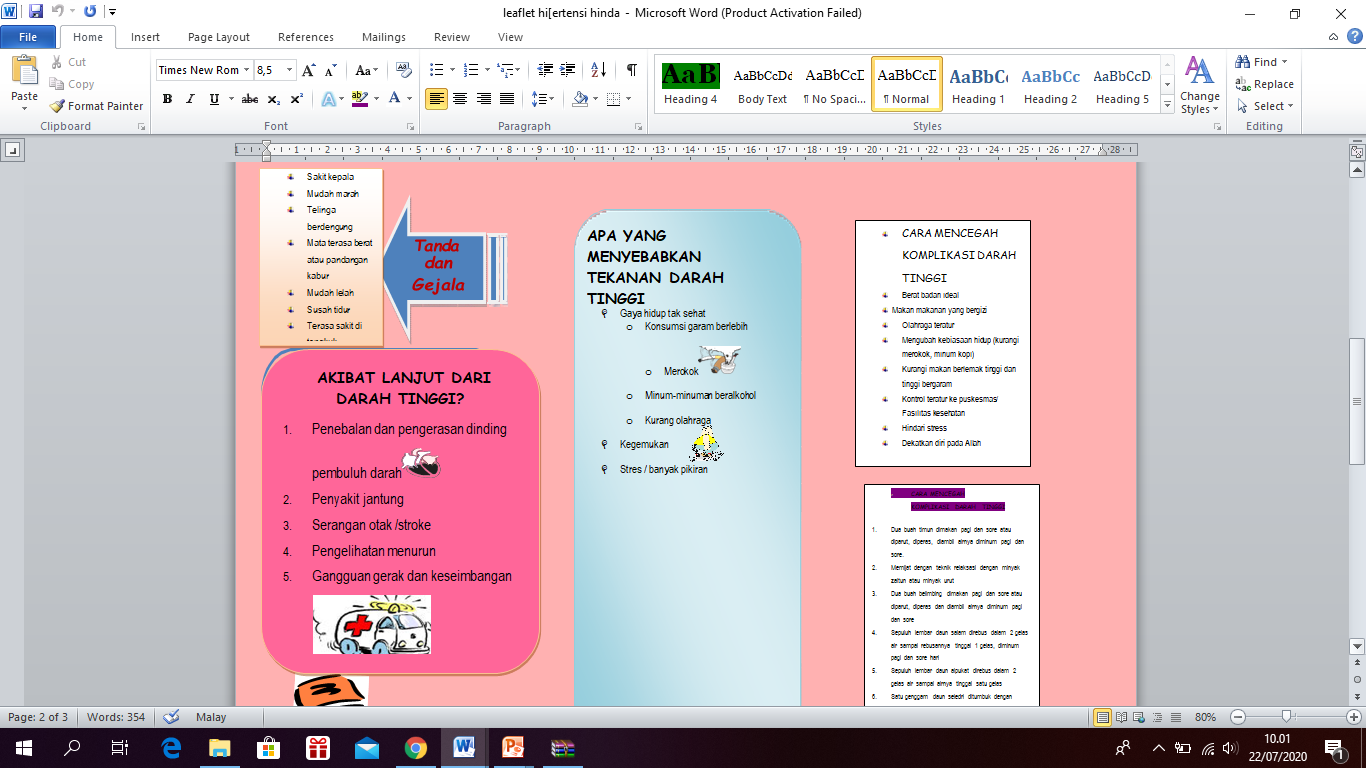
1.     Catat waktu pelaksanaan tindakan

2.    Catat respons pasien

**LAMPIRAN 5**

**Leafleat Hipertensi**





Lampiran 6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pengkajian Status Fungsional (Modifikasi dari Barthel Indeks)** | | | | |
| NO | KRITERIA | BANTUAN | MANDIRI | KETERANGAN |
| 1 | Makan | 5 | 10 | 3 x sehari 1 porsi  nasi dan lauk pauk |
| 2 | Minum | 5 | 10 | 8x sehari air putih  dan the |
| 3 | Berpindah dari kursi roda ke  tempat tidur, sebaliknya | 5-10 | 15 | Mandiri |
| 4 | Personal toilet (cuci muka,  menyisir rambut, gosok gigi) | 0 | 5 | 2x sehari |
| 5 | Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka  tubuh, menyiram) | 5 | 10 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6 | Mandi | 5 | 15 | 2x sehari |
| 7 | Jalan di permukaan datar | 0 | 5 |  |
| 8 | Naik turun tangga | 5 | 10 | Dibantu |
| 9 | Mengenakan pakaian | 5 | 10 | Mandiri |
| 10 | Kontrol Bowel (BAB) | 5 | 10 | 1x sehari  Konsistensi lunak |
| 11 | Kontrol Bladder (BAK) | 5 | 10 | 4-5x sehari  Kuning jernih |
| 12 | Olahraga atau latihan | 5 | 10 | 1x seminggu  senam |
| 13 | Rekreasi atau pemantapan  waktu luang | 5 | 10 | Pengajian |
| **Keterangan** |  |  | **110** |  |
| : Ketergantungan Total | ≥ 130 : Mandiri  65-125 : Ketergantungan Sebagian  ≥ 60 : Ketergantungan Total |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**TINGKAT KERUSAKAN INTELEKTUAL**

Dengan menggunakan ***SPMSQ (Short Portable Mental Status Quesioner).***

Ajukan beberapa pertanyan pada daftar dibawah ini:

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

Interpretasi : Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah= 0, fungsi intelektual utuh Intepretasi:

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan Salah 6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang Salah 9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Keterangan :

1. Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar
2. Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas
3. Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk objek kulit hitam dengan menggunakan kriteia pendidikan yang sama

Kesimpulan: Fingsi intelektual kerusakan ringan

# IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF

Dengan menggunakan ***MMSE (Mini Mental Status Exam)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Aspek | Nilai | Nilai | Kriteria |
| Kognitif | maks | klien |
| 1. | Orientasi | 5 | 3 | Menyebutkan dengan benar: |
| Tahun:2019 |
| Musim:natal |
| Tanggal:lupa |
| Hari:selasa |
| Bulan: desember |
| 2. | Orientasi | 5 | 5 | Dimana sekarang kita berada? |
| Negara:indonesia |
| Propinsi: jawa timur |
| Kabupaten/Kota:surabaya |
| Panti :werdha jambangan |
| Wisma :dahlia |
| 3. | Registrasi | 3 | 3 | Sebutkan 3 nama obyek, 1 detik untuk |
| mengatakan masing-masing (missal: kursi, |
| meja, kertas), kemudian ditanyaka kepada |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | klien: |  |
| 1. | Kursi |
| 2. | Meja |
| 3. | Kertas |
| (beri 1 point untuk setiap jawaban yang benar) | |
| Kemudian ulangi sampai ia mempelajari | |
| ketiganya. | |
| 4. | Perhatian dan | 5 | 1 | Seri 7”s. 1 point untuk setiap kebenaran | |
| Kalkulasi | Meminta klien berhitung mulai dari 100 | |
|  | kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat | |
|  | Jawaban: | |
|  | 1. | 93 |
|  | 2. | - |
|  | 3. | - |
|  | 4. | - |
|  | 5. | - |
| 5. | Mengingat | 3 | 3 | Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek | |
| pada poin ke-2 (tiap poin nilai 1) kursi, meja kertas | |
| 6. | Bahasa | 9 | 4 | Menanyakan pada klien tentang benda (sambil | |
| menunjukkan benda tersebut) 2 point | |
| 1. Buku |  |
| 2.bolpoin |  |
| Minta klien untuk mengulangi kata berikut: | |
| “tidak ada, dan, jika, atau tetapi (1 point) | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Klien menjawab: |
| Minta klien untuk mengikuti perintah berikut |
| yang terdiri 3 langkah. |
| Ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh |
| di lantai(3 point) |
| 1.- |
| 2.- |
| 3.- |
| Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila |
| aktifitas sesuai perintah nilai 1 pont) salam |
| “tutup mata anda” (1 point) menutup mata |
| Perintahkan pada klien untuk menulis kalimat |
| dan menyalin gambar (1 point) |
| Total nilai: | | 30 | 23 | Intrepetasi: gangguan kognitif sedang |

Intrepetasi:

24-30 : tidak ada gangguan kognitif 18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kogniti berat Kesimpulan:

# INDEKS KATZ

|  |  |
| --- | --- |
| **SKORE** | **KRITERIA** |
| A | Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan |
| Mandi |
| **B** | **Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut** |
| C | Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi |
| Tambahan |
| D | Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan |
| satu fungsi tambahan |
| E | Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke |
| kamar kecil dan satu fungsi tambahan |
| F | Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, |
| berpindah dan satu fungsi tambahan |
| *G* | *Ketergantungan pada enam fungsi tersebut* |
| Lain-lain | Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai |
| C,D,E,F dan G |

**Intepretasi: klien termasuk pada kemandirian dalam semua aktivitas tetapi belia masih dalam keadaan lutut sakit jadi unuk berjalan jauh perlu bantuan**