

**KARYA ILMIAH AKHIR**  
**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny. S DENGAN**  
**MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT**  
**DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI**  
**UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN**  
**SURABAYA**



Oleh :

**FENNY ANGGRAENI SAFITRI, S.Kep**

**NIM. 213.0053**

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

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny. S DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI  
UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN  
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar Ners**



**Oleh :**

**FENNY ANGGRAENI SAFITRI, S.Kep**

**NIM. 213.0053**

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

**2022**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini adalah ASLI hasil karya saya dan 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 adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 06 Juli 2022



**Fenny Anggraeni Safitri., S.Kep**

**NIM. 213.0053**

## **HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Fenny Anggraeni Safitri, S.Kep

NIM : 213.0053

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.S Masalah Utama Nyeri Akut dengan Diagnosa Medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar.

**NERS (Ns.)**

**Surabaya 06 Juli 2022**

**Pembimbing Institusi**

**Pembimbing Lahan**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
M.Kkk**

**Didik Dwi Winarno, S.Kep., Ns.,**

**NIP. 03009**

**NIP. 198707122010011008**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Fenny Anggraeni Safitri, S.Kep.

NIM : 213.0053

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul :Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.S Masalah Utama Nyeri Akut dengan Diagnosa Medis Hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

Telah dipertahankan didepan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir STIKES Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, Tanggal : Rabu, 6 juli 2022

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar NERS pada Prodi Pendidikan Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : **Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kep** \_\_\_\_\_

**NIP. 03.0007**

Penguji 1 : **Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep** \_\_\_\_\_

**NIP. 03009**

Penguji 2 : **Didik Dwi Winarno, S.Kep.,Ns.,M.Kkk** \_\_\_\_\_

**NIP.198707122010011008**

**Mengetahui**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep**

**NIP: 03009**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal :

## KATA PENGANTAR

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

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

1. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes 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. Puket 1, puket 2, puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Hidayatus Sya'diah, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas da sumber daya manusia.
4. Ibu Dya Sustrami, S.,Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji ketua yang penuh kesadaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Dr. Hidayatus Sya'diah, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku pembimbing dan penguji 1 yang penuh kesadaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep.,Ns.,M.Kkk, selaku penguji 2 yang penuh kesadaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Ny.S adalah lansia selaku klien yang bersedia diberikan asuhan keperawatan gerontik, yang telah kooperatif dalam pelaksanaannya.
8. Teman-teman sealmamater profesi Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 20 Juni 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL LUAR .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL DALAM.....</b>	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1.....Latar Belakang .....	1
1.2.....Rumusan Masalah .....	3
1.3.....Tujuan Penulisan .....	4
1.3.1....Tujuan Umum .....	4
1.3.2....Tujuan Khusus .....	4
1.4.....Manfaat Penulisan .....	5
1.4.1....Manfaat Secara Teoritis.....	5
1.4.2....Manfaat Secara Praktisi.....	5
1.5.....Metode Penulisan .....	6
1.5.1....Metode.....	6
1.5.2....Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3....Sumber Data.....	7
1.6.....Sistematika Penulisan .....	7

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1.....Konsep Penyakit Hipertensi .....	8
2.1.1.... Anatomi Jantung.....	8
2.1.2.... Definisi Hipertensi.....	11
2.1.3.... Etiologi.....	11
2.1.4.... Faktor Resiko.....	13
2.1.5.... Klasifikasi .....	16
2.1.6.... Patofisiologi.....	17
2.1.7.... Tanda Dan Gejala.....	18
2.1.8.... Komplikasi.....	19
2.1.9.... Penatalaksanaan.....	20

2.2.....	Konsep lansia.....	22
2.2.1....	Definisi Lansia .....	22
2.2.2....	Batasan Umur lansia .....	23
2.2.3....	Karakteristik Lansia .....	23
2.2.4....	Tipe Lansia .....	24
2.2.5....	Proses Penuaan .....	24
2.2.6....	Tugas Perkembangan Lansia .....	25
2.3.....	Konsep Asuhan Keperawatan .....	25
2.3.1....	Pengkajian.....	25
2.3.2....	Diagnosa Keperawatan.....	29
2.3.3....	Intervensi Keperawatan .....	29
2.4.....	WOC.....	33
2.5.....	Konsep Nyeri Akut .....	34
2.5.1....	Definisi Nyeri Akut .....	34
2.5.2....	Sifat Nyeri .....	34
2.5.3....	Peran Perawat Terhadap Nyeri Akut .....	34
2.5.4....	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri .....	35
2.5.5....	Penilaian Respon Intensitas Nyeri .....	37
2.5.6....	Tanda dan Gejala Nyeri Akut .....	37
2.5.7....	Dampak Nyeri Akut .....	38
2.5.8....	Pengalaman Nyeri .....	39
2.5.9....	Nyeri Akut pada Hipertensi .....	39
2.6.....	Literatur Review .....	41
2.7.....	Konsep Teori keperawatan .....	44

### **BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1.....	Pengkajian Keperawatan.....	45
3.1.1....	Identitas Pasien .....	45
3.1.2....	Riwayat Kesehatan .....	45
3.1.3....	Status Fisiologi .....	46
3.1.4....	Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia .....	48
3.1.5....	Pengkajian Psikososial .....	49
3.1.6....	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan .....	49
3.1.7....	Status Nutrisi .....	50
3.1.8....	Pengkajian lingkungan .....	51
3.1.9....	Indeks Barthel .....	52
3.1.10..	MMSE (Mini Mental Status Exam).....	52
3.1.11..	SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire).....	54
3.1.12..	GDS (Geriatric Depression Scale) .....	55
3.1.13..	APGAR Keluarga .....	56
3.2.....	Pemeriksaan Penunjang .....	57
3.3.....	Analisa Data .....	58
3.4.....	Prioritas Masalah .....	59
3.5.....	Intervensi Keperawatan.....	60
3.6.....	Tindakan Dan Catatan perkembangan.....	63

## **BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1.....Pengkajian .....	66
4.1.1 Identitas .....	66
4.1.2 Riwayat Kesehatan .....	67
4.1.3 Pemeriksaan Fisik .....	68
4.2.....Pengkajian Konsep Lansia.....	69
4.3.....Diagnosa Keperawatan.....	69
4.4.....Tujuan Intervensi Keperawatan .....	71
4.5.....Implementasi.....	74
4.6.....Evaluasi.....	76

## **BAB 5 PENUTUP**

5.1.Kesimpulan .....	78
5.2.Saran .....	79

<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>
-----------------------------	-----------

<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>84</b>
----------------------	-----------

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Derajat Hipertensi .....	13
Tabel 2.2 Indeks Masa Tubuh .....	15
Tabel 2.6 Literatur Review .....	41
Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang.....	57
Tabel 3.2 Terapi Obat.....	57
Tabel 3.3 Analisa Data .....	58
Tabel 3.4 Prioritas Masalah.....	59
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan .....	60
Tabel 3.6 Tindakan dan Catatan Perkembangan Diagnosa .....	63

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung .....	9
----------------------------------	---

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae.....	84
Lampiran 2 Motto dan Persembahan.....	85
Lampiran 3 Pengkajian Keseimbangan untuk Lansia.....	86
Lampiran 4 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck.....	88
Lampiran 5 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga.....	90
Lampiran 6 Tingkat kerusakan Intelektual SPMSQ .....	91
Lampiran 7 Identifikasi Aspek Kognitif .....	92
Lampiran 8 Tingkat kemandirian Indeks KATZ.....	94

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Lanjut usia atau sering disebut lansia merupakan kelompok usia yang rentan mengalami masalah kesehatan. Masalah tersebut semakin bertambah ketika seseorang bertambah dalam usianya. Pertambahan usia yang dialami lansia mengakibatkan semua sistem dan fungsi mengalami penurunan. Penurunan fungsi tersebut dapat memunculkan berbagai penyakit, salah satunya yaitu hipertensi yang merupakan urutan pertama dalam masalah kesehatan bagi lansia (Sari et al., 2020). Hipertensi merupakan masalah kesehatan global dan telah diakui sebagai kontributor utama terhadap beban penyakit kardiovaskular. Hipertensi merupakan keadaan meningkatnya tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg (Amelia, 2020). Prevalensi hipertensi yang terus meningkat sejalan dengan perubahan gaya hidup seperti merokok, obesitas dan stress psikososial. Hampir disetiap negara, hipertensi menduduki peringkat pertama sebagai penyakit yang paling sering dijumpai di seluruh dunia (Arum, 2019).

Menurut data WHO, diseluruh dunia sekitar 972 juta orang atau 26,4% mengidap hipertensi, angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025 (Yonata & Pratama, 2016). Diperkirakan setiap ahun ada 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasi. Tiga ratus tiga puluh tiga juta dari 972 juta pengidap hipertensi berada di negara maju dan sisanya berada di negara berkembang termasuk Indonesia (Yonata & Pratama, 2016). Jumlah kasus hipertensi di Indonesia berdasarkan hasil data Riskesda (2018) sebesar 63.309.620 orang, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 427.218

kematian. Pada usia 55-64 tahun dengan dengan jumlah 55,2% penderita hipertensi sedangkan pada usia 65-74 tahun sebanyak 63,2% dan pada usia 75 tahun ke atas sebesar 69,5% penderita hipertensi. Jumlah kasus hipertensi di Provinsi Jawa Timur tahun 2015 sebesar 685.994 penduduk dan mengalami peningkatan pada tahun 2016 sebesar 935.736 penduduk, dengan proporsi laki-laki sebesar 387.913 penduduk (13,7%) dan perempuan sebesar 547.823 penduduk (13.25%) (Kemenkes RI, 2016). Kota Surabaya termasuk kedalam lima besar kota atau Kabupaten di Jawa Timur yang memiliki jumlah penderita hipertensi tertinggi, yaitu sebanyak 45.014 orang atau sebesar 10,43% (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2017). Dari data hasil distribusi lansia tahun 2022 berdasarkan diagnosis penyakit di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya selama 3 bulan terakhir dari 160 total lansia 79 lansia menderita hipertensi, 18 lansia diabetes, 18 lansia kolesterol, 15 lansia stroke, 24 lansia demensia, 4 lansia skizofrenia, 1 lansia mengalami kanker, 7 lansia mengalami gangguan penglihatan, 8 lansia mengalami gangguan pendengaran, dan 10 lansia mengalami konjungtivitis. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar lansia mengalami masalah kesehatan hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

Tingginya kasus hipertensi diatas dikarenakan kurangnya kesadaran mengenai pentingnya pola hidup sehat. Selain mendapatkan pengobatan secara medis, penderita hipertensi juga memerlukan pendampingan keluarga dalam pemeliharaan kesehatan dengan cara merubah life style seperti gaya makan, gaya hidup terutama dalam mengelola stress sehingga perlu pemberdayaan masyarakat terutama penderita didampingi keluarga tentang cara perawatan hipertensi.

Pemantauan tekanan darah oleh keluarga membantu penderita hipertensi meningkatnya kualitas hidupnya sehingga mengurangi biaya perawatan dan komplikasi yang berbahaya (Maryati & Praningsih, 2019). Hipertensi disebabkan karena adanya penyumbatan pada sistem peredaran darah baik dari jantung atau pembuluh darah vena dan arteri, hal tersebut akan membuat aliran darah terganggu dan menyebabkan tekanan darah meningkat. Pada umumnya ketika seseorang menderita hipertensi akan muncul tanda dan gejala nyeri kepala dan leher, lemas, gelisah, sesak nafas, mual, muntah. Nyeri kepala hipertensi merupakan tanda yang umum dialami pada lansia dimana pada usia tersebut kondisi dan kemampuan fungsi tubuh mengalami penurunan (B, 2019).

Darah tinggi perlu dideteksi sejak dini yaitu dengan pemeriksaan tekanan darah secara berkala, sehingga peran perawat sangat dibutuhkan untuk mencegah terjadinya komplikasi dan kekambuhan yang lebih lanjut. Adapun peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan mencegah kekambuhan serta komplikasi penyakit hipertensi melalui upaya promotif yaitu melalui program promosi kesehatan seperti penyuluhan. Upaya preventif yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu menyarankan agar menjaga pola makan seperti mengurangi garam berlebih, berhenti minum alkohol, merokok, menghindari stress berat. Upaya kuratif seperti menganjurkan keluarga untuk berobat ke puskesmas dan minum obat anti hipertensi secara teratur (Rapina & Saftarina, 2017). Jika penderita hipertensi diberikan obat oral, peran perawat yaitu diberikan sesuai dosis dan menjadwalkan pasien untuk minum obat secara teratur.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat Karya Ilmiah Akhir tentang asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan Hipertensi, untuk itu penulis erumuskan permasalahan sebagai berikut : “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada Ny.S dengan masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.”

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui secara spesifik asuhan keperawatan gerontik pada Ny.S dengan masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pengkajian pada Ny.S dengan masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
2. Mengidentifikasi analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.S dengan masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
3. Mengidentifikasi perencanaan pada Ny.S dengan masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
4. Mengidentifikasi pelaksanaan asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada Ny.S dengan masalah keperawatan utama

nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

5. Mengidentifikasi evaluasi asuhan keperawatan gerontik pada Ny.S dengan masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat**

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

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

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada lansia dengan Hipertensi di UPTD Panti Griya Wreda Jambangan Surabaya.

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

1. Bagi Institusi UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada lansia dengan Hipertensi sehingga penatalaksanaan dan pencegahan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi lansia yang tinggal di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

### 3. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga saat berkunjung tentang mencegah dan merawat lansia dengan Hipertensi sehingga keluarga maupun yang merawat lansia yang ada dirumah bisa melakukan secara mandiri.

### 4. Bagi Penulis Selanjutnya

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

## **1.5 Metode Penelitian**

### **1.5.1 Metoda**

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

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

#### 1. Wawancara

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

#### 2. Observasi

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

### 3. Pemeriksaan

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

#### 1.5.3 Sumber data

1. Data primer, adalah data yang diperoleh dari pasien.
2. Data sekunder, adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.
3. Studi kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

#### 1.6 Sistematika Penulisan

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

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

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

BAB 2 : tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada lansia dengan Hipertensi.

BAB 3 : hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

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

BAB 5 : simpulan dan saran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **2.1 Konsep Penyakit Hipertensi**

##### **2.1.1 Anatomi Fisiologi**

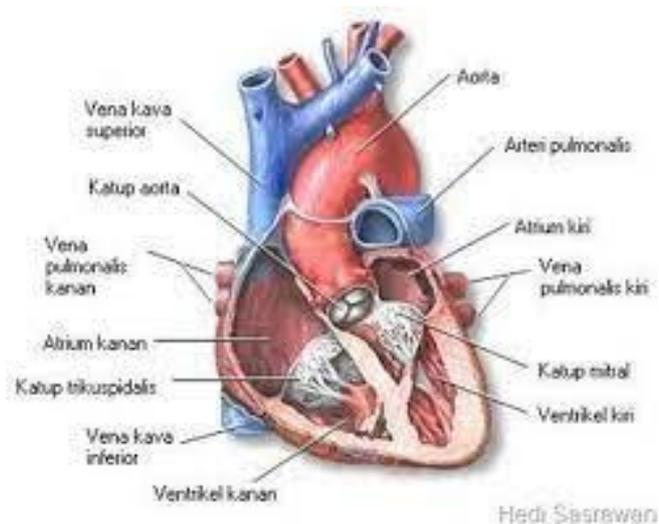
###### **1. Anatomi Jantung**

###### **a. Jantung**

Salah satu organ yang penting dalam sistem tubuh manusia yaitu jantung. Fungsi jantung sebagai alat untuk memompa darah yang didalamnya mengandung oksigen dan nutrisi kemudian disalurkan ke seluruh tubuh. Jantung terdiri dari beberapa ruang yaitu atrium dan ventrikel yang dibatasi oleh beberapa katub. Katub tersebut yaitu katub atrioventrikuler dan semilunar. Katub atrioventrikuler terdiri atas katub bikuspid (mitral) dan katub tricuspid, yang terletak diantara atrium dan ventrikel, sedangkan katub semilunar terletak antara ventrikel dengan aorta dan arteri pulmonal (Ramli & Karani, 2018).

Jantung merupakan organ yang tersusun atas dua atrium dan dua ventrikel. Jantung dilapisi oleh kantung pericardium yang terdiri atas dua lapisan yaitu lapisan dalam atau disebut lapisan viseral dan lapisan sisi luar atau disebut lapisan

perietalis. Selain itu, dinding jantung memiliki tiga lapisan yang terdiri dari lapisan terluar atau epikardium, lapisan tengah miokardium, dan lapisan paling dalam atau endokardium. Tak hanya ruang jantung juga mempunyai empat katub yaitu katub trikuspidalis, katub mitralis atau disebut katub AV, katub pulmonalis dan aorta (katub semilunaris). Jantung memiliki 4 ruang, yaitu atrium kanan, atrium kiri, dan ventrikel kanan (Aspiani, 2016).



Gambar 2.1 Anatomi Jantung

b. Pembuluh darah

Fungsi vaskuler di dalam tubuh manusia sebagai penopang setiap sel. Darah yang terbawa dari jantung kemudian dikirm ke setiap sel melalui sistem tersebut. Dalam dungsni kardiovaskuler, sistem sirkulasi darah sebagai penentuan peran fisiologisnya. Sistem sirkulasi tersebut terdiri dari, arteri merupakan pembuluh darah tersusun atas tiga lapis (adventisia, media dan intima) sebagai pembawa darah yang mengandung oksigen dari jantung ke jaringan tubuh, arteriol merupakan pembuluh darah dengan resistensi kecil yang mevaskularisasi kapiler, kemudian kapiler sebagai penghubung arteriol menjadi venula (pembuluh darah yang lebih besar yang bertekanan lebih rendah dibandingkan dengan arteriol).

Venula bergabung dengan kapiler menjadi vena, dan vena merupakan pembuluh darah yang mempunyai kapasitas besar dan bertekanan rendah sehingga dapat mengembalikan darah yang tidak mengandung oksigen ke jantung (Aspiani, 2016).

## 2. Fisiologi

Siklus jantung merupakan rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Siklus kerja jantung merupakan waktu pada saat jantung kontraksi dan relaksasi. Satu kali dalam siklus kerja jantung disetarakan dengan satu periode sistole (saat ventrikel kontraksi) dan satu periode diastole (Saat ventrikel relaksasi). Secara normal siklus kerja jantung dimulai pada saat depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node kemudian berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel. Pada siklus jantung, sistole atau kontraksi atrium kemudian diikuti kontraksi pada ventrikel sehingga terjadi perbedaan diantara sirkulasi darah dari ventrikel ke arteri. Sistole atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai berkontraksi. Kemudian terjadi penekanan darah yang melawan daun katub atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katub semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel kemudian melanjutkan kontraksi, dan memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali.

- a. Sistole atrium
- b. Sistol ventrikel
- c. Diastole ventrikel

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

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

### **2.1.2 Definisi Hipertensi**

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastoliknya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya.

Hipertensi pada lansia yaitu hipertensi sistolik terisolasi (HST), meningkatnya tekanan sistolik menyebabkan besarnya kemungkinan timbulnya kejadian stroke dan infark miokard walaupun tekanan diastoliknya dalam batas normal (Ratnawati, 2016).

### 2.1.3 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi dua golongan :

#### 1. Hipertensi Esensial atau Primer

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhinya yaitu : genetik, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis sistem rennin, angiotensin dan peningkatan Na + Ca intraseluler. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko : obesitas, merokok, alkohol dan polisitemia (Hayuningtyas, 2021)

Seiring dengan bertambahnya usia, elastisitas dinding pembuluh darah semakin menurun. Demikian pula dengan jenis kelamin, laki-laki memiliki resiko hipertensi dibandingkan pada wanita. Hal ini berkaitan dengan adanya hormon estrogen pada wanita yang berkontribusi pada kelenturan pembuluh darah. Penurunan produksi hormon estrogen pada usia menopause membuat resiko pada wanita juga meningkat (Hayuningtyas, 2021)

#### 2. Hipertensi Sekunder

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

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

- a. Elastisitas dinding aorta menurun.
- b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku.

- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun dan kemampuan jantung untuk memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

Secara klinis derajat hipertensi dapat dikelompokkan yaitu :

Tabel 2.1 Derajat Hipertensi

No.	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diatolik (mmHg)
1	Optimal	<120	<80
2	Normal	120-129	80-84
3	High Normal	130-139	85-89
4	Hipertensi		
	Grade 1 (ringan)	140-159	90-99
	Grade 2 (sedang)	160-179	100-109
	Grade 3 (berat)	180-209	100-119
	Grade 4 (sangat berat)	>210	>120

(Nuararif & Kusuma, 2015)

#### 2.1.4 Faktor Resiko

Faktor-faktor risiko hipertensi terbagi dalam 2 kelompok yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah :

##### 1. Faktor yang dapat diubah

###### a. Gaya hidup modern

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

b. 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 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.

c. 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 masa 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 (Hernawan & Rosyid, 2017).

Tabel 2.2 Indeks Masa Tubuh (IMT)

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

Sumber : Supariyasa et al., 2002

## 2. Faktor yang tidak dapat diubah

### a. Genetik

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai resiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium, individu dengan orang tua yang menderita hipertensi mempunyai resiko dua kali lebih besar daripada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi.

### b. Usia

Hipertensi bisa terjadi pada semua usia, tetapi semakin bertambah usia maka resiko terkena hipertensi semakin meningkat. Penyebab terjadinya 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 dan kemampuan jantung dalam memompa darah semakin menurun dan menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, dan meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

c. 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 hormon 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.

### 2.1.5 Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi juga dapat diklasifikasikan menjadi hipertensi primer dan hipertensi sekunder.

1. Hipertensi Primer

Hipertensi primer atau hipertensi esensial ini merupakan jenis hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Ini merupakan jenis hipertensi yang paling banyak yaitu 90-95% dari insidensi hipertensi secara keseluruhan. Hipertensi primer ini sering tidak disertai dengan gejala dan biasanya gejala baru muncul saat hipertensi sudah berat atau sudah menimbulkan komplikasi. Hal inilah yang kemudian menyebabkan hipertensi dijuluki sebagai *silent killer*.

2. Hipertensi Sekunder

Jumlah hipertensi sekunder hanya sekitar 5-10% dari kejadian hipertensi secara keseluruhan. Hipertensi jenis ini merupakan dampak sekunder dari penyakit tertentu. Berbagai kondisi yang dapat menyebabkan hipertensi antara lain penyempitan arteri renalis, penyakit parenkim ginjal, hiperardosteron maupun

kehamilan. Selain itu, obat-obatan tertentu juga bisa menjadi pemicu hipertensi sekunder.

Hipertensi primer maupun sekunder memiliki potensial untuk menjadi hipertensi berat atau dengan pula sebagai krisis hipertensi. Angka kejadian krisis hipertensi di Amerika berkisar 2-7% pada populasi penderita hipertensi yang tidak melakukan pengobatan secara teratur. Sedangkan seiring perbaikan penanganan yang dilakukan, angka kejadiannya menurun hingga tinggal 1% saja. Sayangnya kejadian krisis hipertensi di Indonesia hingga saat ini masih belum ada laporan mengenai hal tersebut (Cut Rahmiati & Tjut Irma Zurijah, 2020)

#### **2.1.6 Patofisiologi**

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

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi, kelenjar adrenal juga terangsang,

mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, dan menyebabkan pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriksi kuat yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. Untuk pertimbangan gerontologi perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos. Pembuluh darah yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung dan mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer.

### **2.1.7 Tanda dan Gejala**

#### **1. Gejala yang tidak muncul**

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.

## 2. Gejala yang muncul

Sering dikatakan bahwa gejala yang muncul yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala yang muncul yaitu kebanyakan pada pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

- a. Mengeluh sakit kepala, pusing
- b. Lemas, kelelahan
- c. Sesak nafas
- d. Gelisah
- e. Mual
- f. Muntah
- g. Epiktasis
- h. Kesadaran menurun (Imelda et al., 2020)

### **2.1.8 Komplikasi**

#### 1. Stroke

Stroke dapat terjadi karena akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada penyakit hipertensi kronis, apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan.

#### 2. Enselopati

Terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat (Sumartini et al., 2019)

### 3. Gagal ginjal

Gagal ginjal bisa terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi kematian dan hipoksia (Bianti Nuraini, 2015).

### 4. Gagal jantung

Tekanan darah yang tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah. Kondisi ini berakibat otot jantung akan menebal dan meregang sehingga daya pompa otot menurun. Pada akibatnya, terjadi kegagalan kerja otot jantung (Yuli, 2018).

### 5. Kejang

Bisa terjadi pada wanita pre-eklamsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat badan yang kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis, jika ibu mengalami kejang biasanya sebelum persalinan (Apiani, R.Y, 2014).

## **2.1.9 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan ataupun dengan memodifikasi gaya hidup. Sebagian besar pasien memerlukan obat anti hipertensi seumur hidup dengan obat tunggal maupun kombinasi lebih dari satu obat. Pedoman penatalaksanaan hipertensi sangat

diperlukan oleh para dokter untuk mencegah terjadinya komplikasi kardio-serebrovaskuler (Cut Rahmiati & Tjut Irma Zurijah, 2020). Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi asupan garam, menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok dan minuman beralkohol. Olahraga juga dianjurkan bagi penderita hipertensi (Soenarta, dkk., 2015).

1. Terapi non-farmakologi

Terapi no-farmakologis digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi non-farmakologis meliputi :

- a. Diet

Dengan cara mengurangi makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi, mengurangi mengkonsumsi garam, penurunan berat badan, diet tinggi kalsium, makanan dan minuman dalam kaleng, mengurangi konsumsi alkohol dan merokok (Depkes, 2014).

- b. Latihan fisik

Latihan fisik atau olahraga yng teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi seperti lari, jogging, bersepeda, berenang, dan lain sebagainya. Lama latihan berkisar 15-20 menit.

2. Penatalaksanaan farmakologi

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

- a. Golongan diuretik

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

b. Penghambat adrenergik

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

c. ACE-Inhibitor

Aingotensin converting enzyim inhibitor (ACE-Inhibitor) menyebabkan penurunan tekanan darag dengan cara melebarkan arteri.

d. Angiotensin-II-Bloker

Angiotensin-II-Bloker menyebabkan penurunan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang mirip ACE-Inhibitor.

e. Antagonis kalsium menyebabkan melebarnya pembuluh darah dengan mekanisme yang berbeda.

f. Vasodilator langsung menyebabkan melebarnya pembuluh darah.

g. 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.

## **2.2 Konsep Lansia**

### **2.2.1 Definisi Lansia**

Lanjut usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas (Harywinoto & Setiabudi 1999 Dalam Buku Sunaryo et al 2016). Lanjut usia adalah sebagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa hingga akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalakan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Lanjut usia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh tuhan yang maha esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Imelda et al., 2020). Menurut peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 43 tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas.

### **2.2.2 Batasan Umur Lansia**

Menurut WHO, usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut :

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

### **2.2.3 Karakteristik Lansia**

Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut : berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat 2 UU no. 13 tentang kesehatan), kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif, lingkungan tempat tinggal yang bervariasi (Ariyanti et al., 2020).

#### **2.2.4 Tipe Lansia**

Menurut Nugroho (2008) dalam Sunaryo et al (2016), tipe lansia yaitu :

1. Tipe arif bijaksana, lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.
2. Tipe mandiri, lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.
3. Tipe tidak puas, lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik.

4. Tipe pasrah, lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep (habis geap terbitlah terang), mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apapun dilakukan.
5. Tipe bingung, lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

### **2.2.5 Proses Penuaan**

Tahap dewasa merupakan tahap tubuh mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu tubuh mulai menyusut dikarenakan berkurangnya jumlah sel-sel yang ada didalam tubuh. Sebagai akibatnya tubuh juga akan mengalami penuaan fungsi secara perlahan-lahan (Azizah, 2021).

### **2.2.6 Tugas Perkembangan Lansia**

Menurut Potter & Perry 2009 dalam Sunaryo et al 2016, tugas perkembangan pada lansia yaitu beradaptasi terhadap penurunan kesehatan dan kekuatan fisik, beradaptasi terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan, beradaptasi terhadap kematian pasangan, menerima diri sebagai individu yang menua, mempertahankan kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kondisi hidup.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

Di dalam memebrikan asuhan keperawatan digunakan sistem atau metode proses keperawatan yang dalam pelaksanaanya dibagi menjadi lima tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **2.3.1 Pengkajian**

## 1. Anamnesis

### a. Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis (Padila, 2012). Pada lansia yang berjenis kelamin perempuan lebih cenderung menderita hipertensi dari pada laki-laki. Karena rata-rata perempuan akan mengalami peningkatan resiko tekanan darah darah tinggi (hipertensi) setelah menopause yaitu diatas 45 tahun (Suprayitno & Huzaimah, 2020)

### b. Riwayat masuk panti

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

### c. Keluhan utama

Keluhan utamanya adalah rasa nyeri akut. Selain itu klien juga akan kesulitan beraktivitas. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien menggunakan menurut Padila (2012) :

- (1) Provoking incident : apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- (2) Quality of pain : seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- (3) Region : apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.

(4) Severity (Scale) of pain : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

(5) Time : berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

d. Riwayat penyakit sekarang

Pada sebagian besar penderita hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, pusing, wajah kemerahan, pendarahan dihidung dan kelelahan yang bisa terjadi pada penderita hipertensi. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala sakit kepala, kelelahan, sesak nafas, muntah, pandangan kabur, yang terjadi karena ada kerusakan pada otak, jantung, mata, dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran bahkan koma (Cahyani, 2020).

e. Riwayat penyakit dahulu

Penderita hipertensi biasanya ditandai dengan menderita penyakit seperti diabetes mellitus, penyakit ginjal, obesitas, adanya riwayat merokok, hiperkolesterol, penggunaan obat kontrasepsi oral dan penggunaan obat-obat lainnya (Cahyani, 2020).

f. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi. Faktor keturunan berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam dan renin membran sel. Orang tua yang menderita hipertensi 45% akan menurun kepada anaknya, sedangkan hanya salah satu yang menderita hipertensi,

30% hipertensi akan menurun kepada anaknya (Suprayitno & Huzaimah, 2020)

g. Riwayat psikososial

Rasa takut, gelisah dan cemas merupakan psikologis yang sering muncul pada klien dan keluarga. Hal ini terjadi karena rasa sakit yang dirasakan oleh klien terhadap perubahan psikologis tersebut juga muncul akibat kurangnya pengetahuan, penyebab dan akibat dari hipertensi seperti stroke, jantung, gagal ginjal dan diabetes (Wicaksono, 2019)

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit dengan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi. 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 sklera, 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, platum dan orofaring, posisi trakea, tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis, serta denyut nadi karotis. Pada pemeriksaan payudara meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (warna kemerahan pada mammae, oedema, papilla mammae menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola mammae, apakah ada pengeluaran cairan pada puting susu), palpasi (menilai apakah ada benjola, pembesaran kelenjar getah bening, kemudian disertai dengan pengkajian nyeri

tekan). Pada pemeriksaan thoraks meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk dada, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas), palpasi (penilaian vocal fremitus), perkusi (menilai bunyi nafas apakah terdapat kelainan), dan auskultasi (penilaian suara nafas dan adanya suara nafas tambahan). Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (mengamati ada tidaknya pulsasi serta ictus cordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (mendengar bunyi jantung, bunyi jantung tambahan, ada atau tidak bising/mur-mur). 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 peristaltik usus dengan nilai normal 5-35 kali/menit), palpasi (terdapat nyeri tekan, benjolan/massa, pembesaran hepar dan lien) dan perkusi (penilaian suara abdomen serta pemeriksaan asites). Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya meliputi area pubis, meatusuretra, anus serta perineum terdapat kelainan atau tidak. Pada pemeriksaan muskuluskeletal meliputi pemeriksaan kekuatan dan kelemahan ekstremitas, kesimetrisan cara berjalan. Pada pemeriksaan intergumen meliputi keberishan, kehangatan, warna, turgor kulit, tekstur kulit, kelembapan serta kelainan pada kulit serta terdapat lesi atau tidak. Pada pemeriksaan neurologis meliputi pemeriksaan tingkat kesadaran (GCS), pemeriksaan saraf otak (NI-XII), fungsi motorik dan sensorik, serta pemeriksaan refleks.

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler serebral). (SDKI D.0077)

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI D.0056).
3. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (SDKI D.0011).

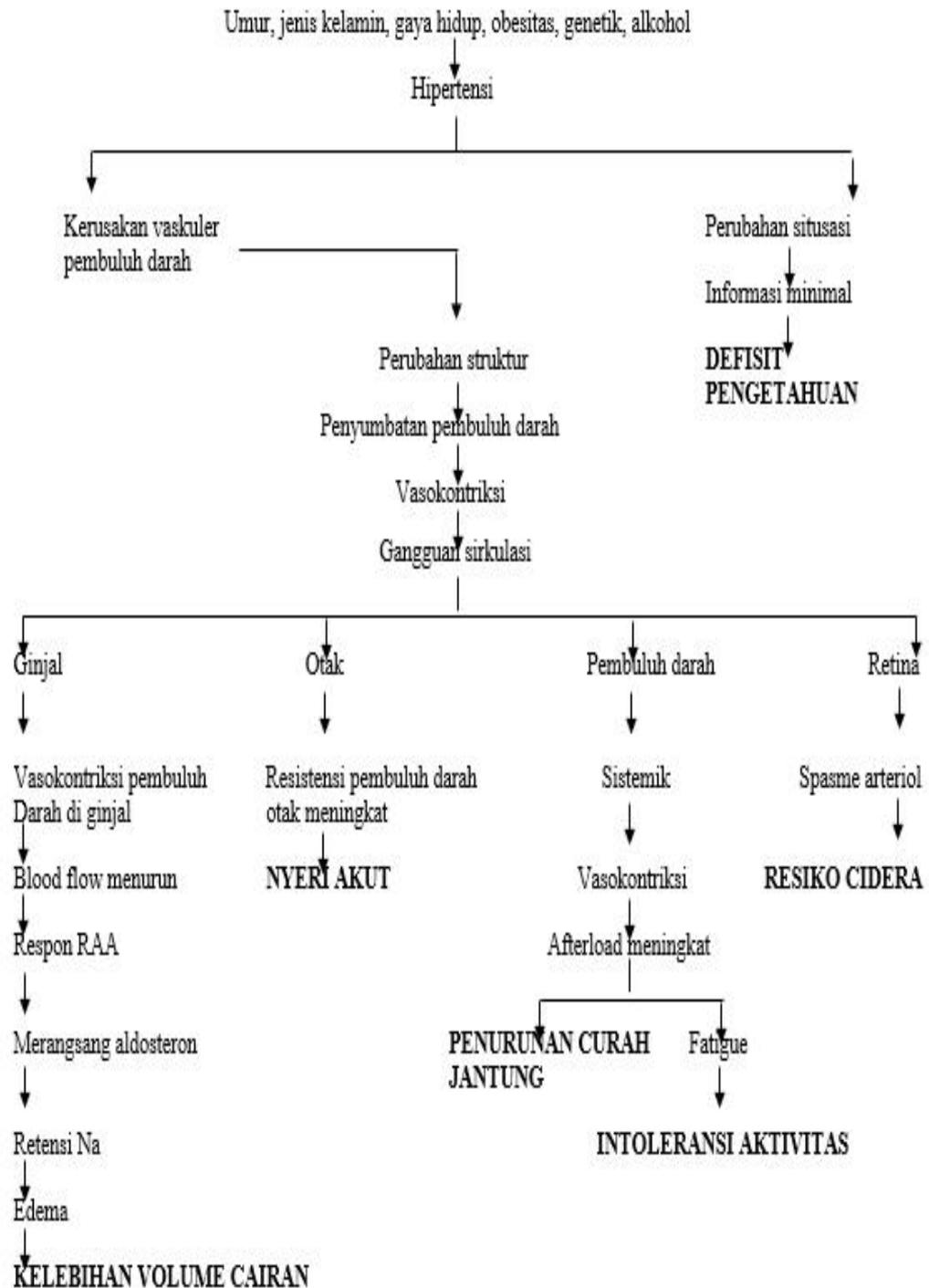
### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi (Tindakan Keperawatan)</b>
Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (SDKI D.0011).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ..... x 24 jam diharapkan klien tidak mengalami penurunan curah jantung dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV dalam batas normal            TD: 120-140 mmHg (sistole)                      80-90 mmHg (diastole)            Nadi :80-100 x/mnt            RR : 16-20 x/mnt            Time : 36,5-37,5°C</li> <li>2. Berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan tekanan darah, dan mempertahankan tekanan darah dalam rentang batas normal.</li> </ol>	<p>Perawatan Jantung (I.02075).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Observasi           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tekanan darah dan saturasi oksigen.</li> <li>2. Monitor intake dan output cairan.</li> <li>3. Monitor keluhan nyeri dada.</li> <li>4. Monitor EKG 12 sadapan.</li> </ol> </li> <li>b) Terapeutik           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan semi fowler.</li> <li>2. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat.</li> <li>3. Berikan dukungan emosional dan spiritual.</li> <li>4. Berikan terapi rileksasi.</li> <li>5. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%.</li> </ol> </li> <li>c) Edukasi           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi dan bertahap.</li> </ol> </li> <li>d) Kolaborasi</li> </ol>

		1. Rujuk ke program rehabilitasi jantung.
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D. 0077).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan..... x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri berkurang. 2. Meringis menurun. 3. Gelisah menurun. 4. Frekuensi nadi 60-90 x/mnt.	Manajemen Nyeri (I.08238). a) Observasi 1. Identifikasi skala nyeri. 2. Identifikasi nyeri non-verbal. 3. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 4. Monitor penggunaan analgesik. b) Terapeutik 1. Fasilitasi istirahat dan tidur. 2. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. 3. Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam). c) Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 2. Ajarkan teknik non-farmakologi untuk meredakan nyeri. 3. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. d) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..... x	Manajemen Nyeri (I.05178).

<p>ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI D.0056)</p>	<p>24 jam diharapkan intoleransi klien membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.</li> <li>2. Menunjukkan penurunan gejala-gejala intoleransi aktivitas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Observasi       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh.</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional.</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur.</li> <li>4. Monitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.</li> </ol> </li> <li>b) Terapeutik       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus.</li> <li>2. Latihan rentang gerak pasif atau aktif.</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi.</li> </ol> </li> <li>c) Edukasi       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring.</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</li> <li>3. Anjurkan hubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan berkurang.</li> <li>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.</li> </ol> </li> <li>d) Kolaborasi       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</li> </ol> </li> </ol>
--	---	---

## 2.4 WOC



## 2.5 Konsep Nyeri Akut

### 2.5.1 Definisi Nyeri Akut

Nyeri merupakan mekanisme protektif yang bertujuan untuk menimbulkan kesadaran bahwa telah atau akan terjadi kerusakan jaringan (Andarmoyo, 2013).

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun fungsional dengan waktu yang mendadak atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat yang berlangsung selama 3 bulan, penyebabnya dapat berupa agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, dst), agen pencedera fisiologis (inflamasi, neoplasma, iskemia), agen pencedera kimiawi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut (Andarmoyo, 2013) nyeri akut biasanya terjadi mendadak dan terlokalisasi, umumnya nyeri akut dialami pada kondisi sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, pasca pembedahan, pasca persalinan dan lain sebagainya. Nyeri akut biasanya disertai oleh tanda gejala aktivasi sistem saraf simpatis seperti terjadinya peningkatan respirasi peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaforesis, dan dilatasi pupil, secara verbal pasien akan mengeluhkan ketidaknyamanan akibat nyeri, memperlihatkan respon emosi menangis, mengerang kesakitan, menyeringai dan mengerutkan wajah.

### **2.5.2 Sifat Nyeri**

Nyeri bersifat sangat individu dan subjektif, nyeri merupakan segala sesuatu yang dikatakan individu mengenai nyeri itu sendiri dan terjadi kapan saja orang tersebut menyatakan dirinya sedang merasa nyeri. Terdapat empat cara pasti dalam pengalaman nyeri antara lain nyeri bersifat individu, tidak menyenangkan, merupakan suatu kekuatan yang dominan, bersifat tidak berkesudahan (Andarmoyo, 2013).

### **2.5.3 Peran Perawat Terhadap Nyeri Akut**

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang menghabiskan waktu paling banyak dengan pasien yang mengalami berbagai gangguan kesehatan khususnya gangguan kenyamanan nyeri dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya, dalam konteks ini perawat memiliki kesempatan untuk membantu pasien menghilangkan nyeri dan efek yang membahayakan diri pasien berdasarkan kiat, ilmu dan pengalaman sebelumnya. Perawat tidak hanya berkolaborasi dengan rekan sejawat tetapi juga memiliki fungsi mandiri untuk menjalankan intervensi dalam menredakan nyeri pasien, mengevaluasi efektivitas nyeri yang sudah

dilakukan dan berperan sebagai advokat pasien jika intervensi tidak efektif, perawat juga berperan sebagai pendidik (educator) bagi pasien dan keluarga dalam meningkatkan pengetahuan terkait kesehatan (Andarmoyo, 2013).

#### **2.5.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri**

Persepsi individu terhadap nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor, perawat sebagai tenaga kesehatan harus memahami faktor-faktor tersebut agar dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap klien yang mengalami nyeri. Faktor-faktor tersebut antara lain (Andarmoyo, 2013) :

##### **1. Usia**

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri.

Nyeri yang dialami lansia harus dikaji dengan teliti oleh perawat sebab terkadang sumber nyeri yang dirasakan lansia lebih dari satu, terkadang penyakit yang berbeda justru menimbulkan gejala yang sama. Tidak semua lansia berperan aktif dalam mencari pengobatan untuk mengatasi nyeri, beberapa lansia justru pasrah atas ketidaknyamanan yang dirasakan karena menganggap hal itu adalah sesuatu yang wajar dalam proses penuaan.

##### **2. Jenis kelamin**

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri. Diragukan apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam pengekspresian nyeri. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin (misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama). Akan tetapi, toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia, dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin.

##### **3. Kebudayaan**

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

#### 4. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan.

#### 5. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri yang dapat mempengaruhi persepsi terhadap nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

#### 6. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas.

#### 7. Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

#### 8. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang.

#### 9. Gaya coping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat anda merasa kesepian. Apabila klien mengalami nyeri di keadaan perawat kesehatan, seperti di rumah sakit, klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi itu.

#### 10. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri ialah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien mempengaruhi respon nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

### **2.5.5 Penilaian Respon Intensitas Nyeri**

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan seseorang, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dimana intensitas nyeri yang sama dapat dirasakan berbeda beda oleh individu yang berbeda. Pengukuran nyeri secara objektif yang paling mungkin adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa skala yaitu (Andarmoyo, 2013) :

1. Skala deskriptif

Skala deskriptif verbal (VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”.

2. Skala penilaian numeric

Numerical Rating Scale (NRS) menilai nyeri menggunakan skala 0-10. Skala ini sangat efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.

3. Skala analog visual

Visual Analog Scale (VAS) merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri.

### **2.5.6 Tanda dan Gejala Nyeri Akut**

Pasien dengan nyeri akut biasanya menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor seperti berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) :

1. Gejala dan tanda mayor

- a. Secara subjektif pasien mengeluhkan adanya nyeri.

- b. Secara objektif pasien tampak meringis, menunjukkan sikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, adanya kesulitan untuk tidur.
- 2. Gejala dan tanda minor
  - a. Secara subjektif tidak tersedia gejala minor dari nyeri akut.
  - b. Secara objektif nyeri akut ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah, perubahan pola nafas, perubahan nafsu makan, proses berpikir terganggu, pasien tampak menarik diri, berfokus pada diri sendiri, adanya diaforesis.

### **2.5.7 Dampak Nyeri Akut**

Nyeri yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari (Andarmoyo, 2013) :

#### **1. Dampak fisik**

Nyeri akut yang tidak ditangani dengan adekuat akan mempengaruhi tubuh selain rasa ketidaknyamanan, pengaruh tersebut terjadi pada sistem pulmonary, kardiovaskuler, endokrin, dan imunologik. Nyeri akut yang tidak diatasi juga memicu stress yang akan berdampak secara fisiologis yaitu timbulnya infark miokard infeksi paru, tromboembolisme, ileus parolitik, dan sebagainya. Dampak ini tentunya akan memperlambat kesembuhan pasien.

#### **2. Dampak perilaku**

Seseorang yang sedang mengalami nyeri cenderung menunjukkan respon perilaku yang abnormal. Respon vokal orang yang mengalami nyeri biasanya mengaduh, mendengkur, sesak napas hingga menangis. Ekspresi wajah meringis, mengigit jari, membuka mata dan mulut dengan lebar, menutup mata dan mulut, gigi yang bergemeletuk. Gerakan tubuh menunjukkan perasaan gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan, gerakan menggosok dan gerakan melindungi tubuh yang nyeri. Dalam melakukan interaksi sosial seseorang dengan nyeri menunjukkan karakteristik menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, perhatian menurun, dan fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri.

### 3. Pengaruh terhadap aktifitas sehari-hari

Nyeri dapat membatasi mobilitas pasien pada tingkat tertentu seperti melakukan personal hygiene, mandi, berpakaian, mencuci rambut, dan sebagainya.

#### **2.5.8 Pengalaman Nyeri**

Meinhart dan McCaffery (dalam Andarmoyo, 2013) menjabarkan 3 fase pengalaman nyeri diantaranya :

##### 1. Fase antisipasi

Fase ini merupakan fase sebelum nyeri dimana ase dapat dikatakan fase paling penting karena dapat mempengaruhi 2 fase lainnya. Pada fase ini seseorang belajar tentang nyeri, dan upaya untuk menghilangkan nyeri. Pada fase ini perawat berperan dalam memberikan informasi yang adekuat.

##### 2. Fase sensasi

Fase ini merupakan fase ketika pasien merasakan nyeri, toleransi setiap orang terhadap nyeri berbeda-beda sehingga respon terhadap nyeri juga akan berbeda. Seseorang dengan toleransi nyeri tinggi maka tidak akan merasa nyeri dengan stimulus kecil tetapi seseorang dengan toleransi nyeri rendah akan mengeluh nyeri dari stimulus kecil. Hal ini dipengaruhi oleh kadar endorfin yang berbeda-beda dalam tubuh setiap orang. Individu dengan kadar endorfn yang tinggi akan sedikit merasakan nyeri dan begitu sebaliknya. Klien mengungkapkan nyeri melalui ekspresi wajah, vokalisasi dan gerakan tubuh. Tanda inilah yang digunakan perawat untuk menilai pola perilaku pasien yang menunjukkan nyeri.

##### 3. Fase akibat/aftermath

Fase ini berlangsung ketika nyeri berkurang atau sudah hilang. Pasien masih memerlukan kontrol perawat untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri yang berulang sebab nyeri bersifat krisis yang memungkinkan adanya gejala sisa pasca nyeri. Jika pasien mengalami nyeri berulang respon akibat bisa menjadi masalah kesehatan yang berat.

#### **2.5.9 Nyeri Akut pada Hipertensi**

Hipertensi adalah dimana terjadi peningkatan nilai tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg dan tekanan dara diastolik sedikitnya 90 mmHg. Kondisi ini dapat dipicu oleh jantung yang bekerja ekstra memompa darah guna memenuhi kebutuhan nutrisi serta oksigen di seluruh tubuh. Jika diabaikan

hipertensi dapat mempengaruhi kinerja organ-organ lain di dalam tubuh sebab hipertensi bukan hanya berpengaruh pada gangguan sisten kardiovaskuler tetapi juga dapat memicu penyakit lain seperti penyakit saraf, dan penyakit ginjal. Semakin tinggi tekanan darah seseorang maka akan menimbulkan resiko yang lebih besar.

1. Tekanan darah dikatakan normal jika nilai tekanan darah  $<130$  mmHg dan tekanan diastolik  $<85$  mmHg.
2. Tekanan darah dalam kategori high normal jika nilai tekanan sistolik 130-139 mmHg dan tekanan diastolik 80-85 mmHg.
3. Tekanan darah dikatakan hipertensi ringan jika nilai tekanan sistolik 140-159 mmHg dan tekanan diastolik 90-99 mmHg.
4. Tekanan darah dikatakan hipertensi sedang jika nilai tekanan sistolik 160-179 mmHg dan tekanan diastolik 100-109 mmHg.
5. Tekanan darah dikatakan hipertensi berat jika nilai tekanan sistolik 180-209 mmHg dan tekanan darah diastolik 116-119 mmHg.
6. Tekanan darah dikatakan mengalami hipertensi maligna atau hipertensi berat jika nilai tekanan sistolik  $\geq 210$  mmHg dan tekanan diastolik  $\geq 120$  mmHg.

Gejala sakit kepala pada hipertensi bersifat non spesifik, kerusakan pembuluh darah pada penderita hipertensi tampak pada seluruh pembuluh darah perifer berupa sumbatan (aterosklerosis) yang mengakibatkan pembuluh darah menyempit sehingga terjadi penurunan pasokan oksigen dan tekanan arteri meningkat. Obstruksi ini menimbulkan mikroinfark jaringan yang paling nyata terjadi di pembuluh darah otak yang memicu metabolisme anaerob yang menghasilkan asam laktat sehingga menstimulasi daerah otak peka terhadap rangsangan nyeri. Selain itu, sumbatan pada pembuluh darah otak menyebabkan resistensi dari pembuluh darah meningkat sehingga terjadi peningkatan tekanna vaskuler serebral dimana aktifitas ini dipengaruhi oleh peningkatan kerja saraf simpatis yang memicu sekresi hormon epinefrin dan norepinefrin yang menstimulasi nosiseptor di otak maka terjadilah keluhan nyeri kepala bagian belakang.

Sakit kepala yang terlokalisasi dan terjadi ketika tekanan darah meningkat karena disertai aktivitas saraf simpatis, serta adanya respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal dari pasien dikategorikan sebagai nyeri akut.

## 2.6 Literatur Review

Tabel 2.6 Literatur Review

No.	Judul	Jurnal, Tahun dan Nama Peneliti	Temuan
1.	Penurunan Nyeri Kepala pada Pasien Hipertensi Menggunakan Terapi Relaksasi Otot Progresif	Ners Muda, Vol 2 No.2, Agustus 2021  Richa Jannet Ferdisa. Ernawati Ernawati	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil studi kasus ini menunjukkan adanya penurunan skala nyeri kepala pada pasien hipertensi sebelum dan sesudah diberikan terapi rileksasi otot progresif selama <math>\pm 10</math> menit.</li> <li>2. Hal ini dibuktikan pada responden 1 sebelum diberikan terapi skala nyeri 4, kemudian setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif selama 3 hari skala nyeri menurun menjadi skala 2. Sedangkan pada responden 2 sebelum diberikan terapi relaksasi otot progresif selama <math>\pm 10</math> menit skala nyeri 5, kemudian setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif selama 3 hari skala nyeri menurun menjadi skala 2.</li> <li>3. Tenaga kesehatan dapat mengaplikasikan terapi teknik relaksasi otot progresif sebagai terapi komplementer untuk menurunkan nyeri kepala pada pasien hipertensi.</li> </ol>
2.	Penatalaksanaan Pemberian Rebusan Daun Alpukat dan Kompres	Indonesia Journal On Medical Science Volume 8 No.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tindakan pemberian rebusan daun alpukat dan kompres hangat diberikan sebanyak 6 kali pada setiap subjek.</li> </ol>

	Hangat Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Lansia Dengan Hipertensi di Kelurahan Sukoharjo	2, Juli 2021  Roidah Zulfa Fathinah Deden Dermawan	2. Sebanyak 5 responden masalah nyeri sudah teratasi dan 1 responden masalah nyeri belum teratasi karena belum sesuai dengan kriteria hasil. 3. Hasil penelitian terdapat penurunan skala nyeri 4-5 angka pada setiap responden. 4. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa pemberian rebusan daun alpukat dan kompres hangat efektif untuk mengatasi masalah nyeri akut pada lansia penderita hipertensi.
3.	Efektifitas Akupresur Dalam Menurunkan Skala Nyeri Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas	Jurnal Keperawatan Rfalesia Volume 2 No.1 Mei 2020.  Sri Haryani Misniarti	1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden kelompok intervensi berada pada rentang usia 17-70 tahun dan pada kelompok kontrol rata-rata usia 40 tahun. 2. Intervensi akupresur efektif untuk menurunkan skala nyeri ringan sebesar 14,1% dan nyeri sedang 5,9% setelah 1 minggu. 3. Tindakan akupresur efektif untuk menurunkan nyeri kepala pada klien hipertensi.
4.	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Sidangkal	Indonesia Trust Health Journal Volumen 3 No.2, November 2020.  Julidia Safitri Parinduri	1. Rata-rata tekanan darah MAP tertinggi sebelum melakukan teknik relaksasi nafas dalam 114 mmHg dan rata-rata tekanan darah MAP terendah sebelum melakukan teknik relaksasi nafas dalam berada pada angka 104 mmHg. 2. Rata-rata tekanan darah MAP tertinggi sesudah

			melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah 110 mmHg dan rata-rata tekanan darah MAP terendah 100 mmHg. 3. Hasil evauasi menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang sangat signifikan antara penurunan tekanan darah terhadap teknik relaksasi nafas dalam.
5.	Pemanfaatan Teknik Relaksasi Massase Punggung Dalam Penurunan Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi	Indonesia Journal On Medical Science, Volume 7 No.1, Januari 2020.  Amelia Rifki Sumadi Siti Sarifah YuliWidyastuti	1. Perubahan skala nyeri dapat berkurang dari skala sebelum diberikan masase punggung antara 4-6 menjadi 1-2. 2. Massase punggung dapat diterapkan pada upaya menurunkan hipertensi nyeri kepala pada penderita Hipertensi.

Kesimpulan : nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional dimana seseorang yang mengalami nyeri merasa tidak nyaman dan nyeri hanya dapat dirasakan oleh penderita tersebut atau bersifat subjektif, untuk itu pasien perlu mendapatkan mendapatkan informasi dari perawat mengenai terapi non farmakologi yang dapat membantu mengurangi skala nyeri akibat hipertensi. Beberapa terapi non farmakologi yang bisa digunakan oleh lansia adalah sebagai berikut :

1. Menggunakan Terapi Relaksasi Otot Progresif
2. Pemberian Rebusan Daun Alpukat dan Kompres Hangat
3. Akupresur
4. Teknik Relaksasi Nafas Dalam
5. Teknik Relaksasi Massase Punggung

## 2.7 Konsep Teori Keperawatan

Penulis ini menggunakan pendekatan teori kenyamanan Kolcaba dengan melakukan pengamatan atau persepsi yang dapat dilihat dari aspek subyek untuk mengetahui respon subyek yang telah diberikan asuhan keperawatan. Tindakan perawat hal ini memberikan informasi dan dukungan kepada klien agar dapat beradaptasi dengan kondisi dan situasi yang dihadapi. Pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan tujuan intervensi yaitu memberikan kenyamanan kepada klien dengan beberapa struktur taksonomi yang dibagi menjadi 4 situasi dalam teori kenyamanan, yaitu fisik, lingkungan, psikospiritual, dan sosial yang dapat membantu perawat dalam mengorganisasi pendokumentasian sehingga perawat dapat mengumpulkan tanda dan gejala ketidaknyamanan yang terjadi pada klien (Febrianti, Hamid and Wardani, 2015).

Konteks teori kenyamanan berkaitan erat antara keluarga dan klien yang dikategorikan menjadi 3 tipe yaitu : *relief* (keadaan klien yang membutuhkan tindakan secara khusus dan segera), *ease* (rasa nyaman atau tenang setelah hilangnya ketidaknyamanan yang dirasakan klien), dan *transcendence* (respon klien dalam mengatasi ketidaknyamanan) (Kolcaba, 2003).

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan sesuai dengan pendekatan teori ini yaitu dengan mengelompokkannya menjadi beberapa kategori sesuai dengan teori kenyamanan Kolcaba, diantaranya adalah *Standart comfort interventions*, *coaching*, dan *comfort food for the soul* dengan harapan klien dapat mengontrol ketidaknyamanan yang terjadi sehingga tanda dan gejala yang dirasakan bisa berkurang (Febrianti, Hamid and Wardani, 2015).

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 13 Januari 2022 sampai dengan tanggal 15 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 13 Januari 2022 pukul 09.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan observasi perawat sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan**

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Nama Ny.S bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa berjenis kelamin perempuan, berusia 65 tahun dan beragama Kristen. Pasien sudah menikah tetapi ditinggal oleh suaminya (janda). Pendidikan terakhir pasien SMA. Pasien tinggal di UPTD Griya Werdha selama 5 bulan. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu anak. Riwayat pekerjaan pasien catering dan sekarang pasien tidak bekerja dan sebagai Ibu Rumah tangga.

##### **3.1.2 Riwayat Kesehatan**

1. Keluhan utama : pasien mengatakan pusing dan nyeri pada belakang tengkuk leher sejak 1 minggu yang lalu, nyeri dirasakan saat bangun tidur pada malam hari sekitar pukul 03.00 WIB, nyeri yang dirasakan seperti tertimpa benda berat dan hilang timbul dengan skala nyeri 5 selama 5 menit. Pasien juga mengatakan sulit tidur karena pusing dan memikirkan anaknya yang jauh dan sudah lama tidak menjenguknya.

2. Keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir : 3 bulan terakhir ini pasien mengeluhkan pusing, sulit tidur karena terkadang sering memikirkan anaknya.
3. Penyakit saat ini : Hipertensi

### **3.1.3 Status Fisiologis**

1. Postur tulang belakang Ny.S yaitu membungkuk saat berjalan
2. Tanda-tanda vital dan status gizi
  - a. Suhu : 36,6°C
  - b. Tekanan darah : 150/100 mmHg
  - c. Nadi : 81 x/mnt
  - d. Respirasi : 21 x/mnt
  - e. Berat badan : 60 kg
  - f. Tinggi badan : 150 cm

### **Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)**

1. Kepala

Kepala Ny.S bentuk simetris, bersih tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka, rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek dan tidak ada keluhan.

2. Mata

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

3. Hidung

Pada Ny.S bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu.

4. Mulut dan tenggorokan

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

5. Telinga

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

6. Leher

Pada Ny.S tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis.

7. Dada

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

8. Abdomen

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

9. Genetalia

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

10. Ekstremitas

Pada Ny.S kekuatan otot ekstremitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstremitas bawah 5555/4444, tidak ada edema, tremor (+), postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, refleks bisep +/+, refleks trisep +/+.

### 11. Intergumen

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

### 12. Sistem neurologis

GCS : E4V5M6, pemeriksaan pulsasi diitemukan CRT <2 detik, jari-jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah.

Pengkajian nyeri :

P : nyeri terjadi di belakang tengkuk kepala yang dialami Ny.S

Q : nyeri seperti tertimpa benda berat

R : nyeri di belakang tengkuk kepala

S : skala 5 (0-10)

T : hilang timbul

NI : Ny.S dapat mencium bau minyak kayu putih

NII : lapang pandang +/+

NIII, NIV, NVI : pupil mengecil saat terkena cahaya, lapang pandang luas

NV : refleks kornea langsung

NVII : pasien dapat mendengarkan suara gesekan jari pada kedua telinga

NIX, NX : gerakan ovula simetris, reflek menelan +

NXI : sternokleidomastoid terlehiat

NXII : lidah simetris

#### 3.1.4 Pengkajian Keseimbangan untuk Lansia

Ny.S pasien dengan resiko jatuh sedang

### **3.1.5 Pengkajian Psikososial**

1. Mekanisme Koping : Ny.S mengatakan dia sangat bersyukur dengan keadaannya sekarang dan masih ada yang mau merawat walaupun jauh dari anaknya yang sedang bekerja.
2. Persepsi Tentang Kematian : Ny.S berserah diri kepada Tuhan dan siap jika sewaktu-waktu diambil oleh Tuhan.
3. Dampak pada ADL : untuk pemenuhan ADL Ny.S masih bisa melakukan secara mandiri seperti mandi, makan.
4. Aktivitas Ibadah : Ny.S mengatakan melakukan ibadah seminggu 2 kali pada hari Kamis dan Sabtu
5. Aktivitas Rekreasi : Ny.S mengatakan jika bosan ia keluar untuk mengobrol bersama temannya
6. Aktivitas Interaksi : Ny.S sering mengobrol diluar kamar tidur bersama teman-temannya.

### **3.1.6 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

Pada Ny.S ditemukan data bahwa pasien masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasa, untuk berjalan pasien sudah tidak kuat untuk jalan terlalu jauh. Ny.S makan 3x/hari habis 1 porsi dan minum 12000 ml/hari. Ny.S mengatakan sulit tidur saat malam hari dan sering terbangun ketika tidur. Ny.S jarang tidur siang. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk dan mengobrol bersama teman-temannya di depan kamar tidur. Frekuensi BAB Ny.S yaitu 1x sehari dengan konsistensi lunak. Frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari.

Ny.S mandi 2x/hari secara mandiri. Memakai lotion, minyak kayu putih, bedak setelah mandi dan ganti baju 2x sehari.

### 3.1.7 Status Nutrisi

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

#### Interprestasi :

0– 2 : Good

3-5: Moderate Nutritional Risk

6 ≥ : High Nutritional Risk

Dari hasil pengkajian determinan status nutrisi pada lansia didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 4 yang berarti Ny.S termasuk dalam kategori Moderate Nutritional Risk.

### 3.1.8 Pengkajian Lingkungan

#### 1. Pemukiman

Pada pemukiman luas bangunan sekitar 2.887 m<sup>2</sup> dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genting, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik. Ventilasi 15% luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di panti memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di panti menggunakan air PDAM dan membeli air minum aqua. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dikelola dinas. Tidak ditemukan binatang pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga.

#### 2. Fasilitas

Di panti werdha tidak terdapat peternakan namun ada perikanan. Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20m<sup>2</sup>, ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah (mushola).

#### 3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan, memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan yang rata.

#### 4. Komunikasi

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

### 3.1.9 Indeks Barthel

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor yang Didapat
1.	Pemeliharaan kesehatan diri	0	5	5
2.	Mandi	0	5	5
3.	Makan	5	10	10
4.	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	10
5.	Naik/turun tangga	5	10	5
6.	Berpakaian	5	10	10
7.	Kontrol BAB	5	10	10
8.	Kontrol BAK	5	10	10
9.	Ambulasi	10	15	10
10.	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	15
<b>TOTAL SCORE</b>				<b>90</b>

#### Interpretasi

0-20 : Ketergantungan Penuh

21-61 : Ketergantungan Berat

62-90 : Ketergantungan Sedang

91-99 : Ketergantungan Ringan

100 : Mandiri

Dari hasil pengkajian tingkat kemandirian menggunakan Indeks Barthel didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 90 yang berarti Ny.S termasuk dalam kategori ketergantungan ringan.

### 3.1.10 MMSE (Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek	Nilai	Nilai Klien	Kriteria
-----	-------	-------	-------------	----------

	<b>Kognitif</b>	<b>Maksimal</b>		
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar Tahun : 2021 Hari : senin Musim : kemarau Bulan : oktober Tanggal : 25
2.	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada? Negara : Indonesia Provinsi : jawa timur Kabupaten/kota : Surabaya Panti : wreda Wisma : Mawar
3.	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab: 1) Kursi 2) Meja 3) kertas
4.	Perhatian dan kalkulasi	5	0	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban: 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65
5.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada poin ke-2 (tiap point nilai 1)
6.	Bahasa	9	9	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut). 1)..... 2).....
				3)minta klien untuk mengulangi kata berikut : “tidak ada, dan, jika, atau tetapi) klien menjawab : Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah. 4)ambil kertas ditangan anda 5)lipat dua 6)taruh dilantai,

				Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 poin). 7) "tutup mata anda" 8) perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9) menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk.
	<b>Total Nilai</b>	<b>30</b>	<b>25</b>	<b>Tidak ada gangguan kognitif</b>

**Interpretasi:**

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif berat

Dari hasil pengkajian gangguan kognitif menggunakan MMSE didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 25 yang berarti Ny.S termasuk dalam kategori tidak ada gangguan kognitif.

**3.1.11 SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire)**

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

**Interpretasi :**

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Dari hasil pengkajian tingkat kerusakan intelektual menggunakan SPMSQ didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 7 yakni berarti Ny.S termasuk dalam kategori Fungsi intelektual keusakan sedang.

### 3.1.12 GDS (Geriatric Depression Scale)

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

14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	0
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	0
<b>JUMLAH</b>				9

### Interpretasi :

Skor  $\geq 5$  : depresi

Skor  $< 5$  : tidak depresi

Dari hasil pengkajian depresi pada lansia menggunakan GDS didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 9 yang berarti Ny.S termasuk dalam kategori tidak depresi.

### 3.1.13 APGAR Keluarga

No.	Uraian	Fungsi	Skor
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	<b>ADAPTATION</b>	1
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	<b>PARTNERSHIP</b>	2
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru.	<b>GROWTH</b>	2
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih / mencintai.	<b>AFFECTION</b>	2
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama.	<b>RESOLVE</b>	1

	<b>Kategori Skor :</b> Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab : 1) Selalu : 2 2) Kadang-kadang : 1 3) Hampir tidak pernah : 0 <b>Interpretasi :</b> <3 : disfungsi berat 4-6 : disfungsi sedang	<b>TOTAL</b>	8
--	--	--------------	---

Dari hasil pengkajian fungsi sosial pada lansia menggunakan APGAR Keluarga didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 8 yang berarti Ny.S termasuk kategori disfungsi sedang.

### 3.2 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang

No.	Jenis Pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
1.	Laboratorium	14 Januari 2022	Gula darah : 106 Kolestrol : 184

#### 2. Terapi

Tabel 3.2 Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Amlodipin	5 mg 1 tab	Untuk menurunkan tekanan darah
Kalk	1 tab	Untuk memenuhi kebutuhan kalsium

### 3.3 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

No.	Data Subjektif	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : Klien mengatakan mengeluh pusing dirasakan seperti nyut-nyutan dan hilang timbul, dibagian tengkuk kepala terasa berat.</p> <p>P : nyeri terjadi di belakang tengkuk kepala</p> <p>Q : nyeri seperti tertimpa benda berat</p> <p>R : nyeri dibagian tengkuk leher</p> <p>S : skala nyeri 5 (0-10)</p> <p>T : nyeri hilang timbul</p> <p>DO : klien tampak meringis, sulit tidur, klien tampak memegangi kepala</p> <p>TTV:</p> <p>TD : 150/100 mmHg</p> <p>N : 81 x/mnt</p> <p>RR : 21 x/mnt</p> <p>S : 36,6°C</p>	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut (SDKI D.0078 hal 174)
2.	<p>DS : klien mengatakan sulit untuk berjalan dan terkadang merasakan nyeri pada bagian kaki.</p> <p><u>5555</u>   <u>5555</u></p> <p>4444   5555</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasca stroke dibagian kaki kiri dan wajah sering berdenyut-denyut.</li> <li>2. Kekuatan otot menurun.</li> <li>3. Sendi kaku.</li> </ol>	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik (SDKI D.0054 hal 124).
3.	DS : klien mengatakan susah tidur karena mengeluhkan pusing dan	Kurang kontrol tidur akibat	Gangguan pola tidur (SDKI

	nyeri dibelakang kepala disaat tekanan darah meningkat.  DO : 1. Klien tampak lesu. 2. Mata merah. 3. Klien tampak cemas.	nyeri dibelakang kepala	D.0055 hal 126).
--	--	-------------------------	------------------

### 3.4 Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	13-01-2022	Teratasi sebagian	F.A
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan oto.	13-01-2022	-	F.A
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	13-01-2022	Teratasi sebagian	F.A

### 3.5 Intervensi Keperawatan

No .	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077 hal 172).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat. 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat. 3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat. 4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologi meningkat. 5. Keluhan nyeri menurun. (SLKI hal 145)	1. Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri. 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 3. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul. 4. Anjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri. 5. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.	1. Agar lansia mengetahui penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri. 2. Agar lansia mengetahui peningkatan atau penurunan nyeri. 3. Untuk mengurangi rasa nyeri. 4. Mencegah timbulnya rasa nyeri. 5. Mencegah terjadinya overdosis.

2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0054 hal 124)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Nyeri sendi menurun. 2. Kaku sendi menurun. 3. Kekuatan otot meningkat.	1. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan mandi, BAB/BAK dan mandi. 2. Identifikasi budaya dan kebiasaan saat mandi dan BAB/BAK. 3. Monitor kebiasaan tubuh dan integritas kulit saat mandi dan BAB/BAK. 4. Jaga privasi selama kebersihan diri dan berpakaian. 5. Fasilitasi menggunakan alat bantu eliminasi. 6. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri. 7. Modifikasi lingkungan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia.	1. Untuk memudahkan lansia memenuhi kebutuhan kebersihan diri. 2. Untuk mengetahui kebiasaan yang dilakukan saat mandi atau eliminasi. 3. Untuk memantau adanya masalah pada kulit lansia. 4. Untuk menjaga privasi lansia. 5. Memudahkan lansia untuk melakukan eliminasi secara mandiri. 6. Agar kebersihan diri lansia selalu terjaga. 7. Mencegah terjadinya cedera.
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur akibat nyeri dibelakang kepala (SDKI D.0055 hal 126).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Kesulitan tidur membaik. 2. Pola tidur membaik.	1. Identifikasi faktor pengganggu tidur. 2. Tetapkan jadwal tidur rutin. 3. Jelaskan pentingnya tidur cukup bagi lansia. 4. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola	1. Untuk mengetahui penyebab sulit tidur. 2. Untuk memperbaiki pola tidur. 3. Agar pasien mengetahui pentingnya tidur yang cukup. 4. Untuk memperbaiki pola tidur. 5. Untuk mengetahui

		3. Istirahat yang cukup.	tidur. 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik.	penyebab sulit tidur. 6. Meningkatkan rasa nyaman dan rileks.
--	--	--------------------------	--	--

### 3.6 Tindakan dan Catatan Perkembangan

No.Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	TT Perawat
1,2,3	13-01-2022 (Dinas Pagi) 06.30	Melakukan timbang terima dengan dinas malam. R/ pasien kooperatif.	F.A	13-01-2022 14.00 WIB	DX 1 : Nyeri Akut S : klien mengatakan mengeluhkan pusing, kepala terada berat dibagian tengkuk leher (P: nyeri terjadi di belakang tengkuk kepala, Q : nyeri seperti tertimpa benda berat, R : nyeri dibelakang tengkuk kepala, S : skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul).	F.A
1,2,3	07.00	Mengobservasi tanda-tanda vital. R/ TD : 150/100 mmHg S : 36,6°C RR : 21 x/mnt N : 81 x/mnt	F.A			
1,2,3	07.15	Menyiapkan makanan pasien. R/ pasien makan nasi, lauk dan sayur.	F.A		O : 1. Klien tampak menahan nyeri dan memegang kepala bagian tengkuk leher. 2. Klien tampak meringis 3. Pasien mengalami tidur yang tidak teratur	
1	08.00	Memonitor nyeri yang dirasakan pasien. R/ pasien mengatakan	F.A			
1	10.00	nyeri terkadang masih terasa dibagian belakang tengkuk leher.	F.A		A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi 1,2,6,7,8	
1	11.00	Mengedukasi pasien mengenai teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri. R/ pasien	F.A		DX 2 : Gangguan Mobilitas Fisik S : pasien	F.A

3	12.00	<p>mampu melakukan tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p> <p>Menganjurkan pasien istirahat yang cukup.</p> <p>R/ pasien mengatakan jarang untuk tidur siang</p>	F.A	<p>mengeluhkan sulit untuk berjalan dan terkadang merasa kram pada bagian kaki</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasca stroke dibagian kaki kiri.</li> <li>2. Kekuatan otot menurun.</li> <li>3. Sendi kaku.</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 6,7,8,9</p> <p>DX 3 : Gangguan Pola Tidur</p> <p>S : klien mengatakan terkadang susah tidur dikarenakan pusing dan nyeri dibelakang tengkuk leher dan pasien jarang untuk tidur siang.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lesu dan menguap di siang hari namun sulit tidur.</li> <li>2. Mata merah</li> <li>3. Klien tampak cemas</li> </ol> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan no.4 dan 5</p>	F.A
				14-01-	

1,2,3	14-01-2022 (Dinas Malam) 20.30	Timbang terima dengan dinas sore R/ pasien kooperatif.	<b>F.A</b>	2022 08.00 WIB	DX 1 : Nyeri Akut S : klien mengatakan mengeluhkan pusing, kepala terada berat dibagian tengkuk leher (P: nyeri terjadi di belakang tengkuk kepala, Q : nyeri seperti tertimpa benda berat, R : nyeri dibelakang tengkuk kepala, S : skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul). O : 1. Klien tampak menahan nyeri dan memegangi kepala bagian tengkuk leher. 2. Klien tampak meringis A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi 1,2,6,7	<b>F.A</b>
1,2,3	21.00	Menyiapkan obat untuk pagi hari amlodipin 5 mg per oral dan obat Kalk 1 tablet per oral. R/ pasien sudah tertidur	<b>F.A</b>			
1,2,3	21.30	Memonitor keadaan pasien R/ pasien sudah tertidur.	<b>F.A</b>			
1,2,3	22.00	Mematikan lampu dan menutup tirai ruangan R/ tirai sudah tertutup dan beberapa lampu dimatikan.	<b>F.A</b>			
1,2,3	04.15	Membangunkan pasien dan mengingatkan untuk shalat shubuh R/ pasien bangun	<b>F.A</b>			<b>F.A</b>
1,2,3	05.00	Melakukan observasi TTV R/ TD : 140/90 mmHg, N : 89 x/mnt, S: 36,0°C, RR : 18 x/mnt.	<b>F.A</b>		DX 2 : Gangguan Mobilitas Fisik S : pasien mengeluhkan sulit untuk berjalan dan terkadang merasa kram pada bagian kaki	
1,2,3	05.30	Menemani pasien melakukan personal hygiene.	<b>F.A</b>		O : 1. Pasca stroke dibagian kaki kiri.	

1,2,3	06.30	R/ pasien mampu memakai baju secara mandiri, mampu menggosok gigi secara mandiri, pasien tampak rapi. Menyiapkan makanan pasien.	F.A		2. Kekuatan otot menurun. 3. Sendi kaku. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 7,8,9	F.A
1,2	07.15	R/ pasien makan nasi, lauk, dan sayur. Memberikan obat amlodipin 5mg peroral dan obat kalk 1 tab peroral.	F.A		DX 3 : Gangguan Pola Tidur S : klien mengatakan terkadang susah tidur dikarenakan pusing dan nyeri dibelakang tengkuk leher. O :	
1,2,3	07.30	R/ tidak ada tanda-tanda alergi obat. Membuka tirai di ruangan agar udara dan cahaya matahari dapat masuk.	F.A		1. Klien tampak lesu dan terlihat menguap di siang hari namun sulit tidur. 2. Mata merah 3. Klien tampak cemas	
1,2,3	08.00	R/ pasien mengatakan udara sejuk Menemani pasien senam pagi R/ pasien sangat kooperatif.	F.A		A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan no 4.5	
1,2,3	15-01-2022 (Dinas Sore) 13.30	Melakukan timbang terima dengan dinas pagi R/ pasien	F.A	15-01-2022 21.00 WIB	DX 1 : Nyeri Akut S : klien mengatakan mengeluhkan pusing, kepala terada berat dibagian tengkuk leher (P: nyeri	F.A

1,2,3	14.00	kooperatif Melakukan observasi TTV R/ TD : 130/90 mmHg, N: 90 x/mnt, S: 36,5°C, RR : 20 x/mnt	<b>F.A</b>		terjadi di belakang tengkuk kepala, Q : nyeri seperti tertimpa benda berat, R : nyeri dibelakang tengkuk kepala, S : skala nyeri 3, T : nyeri hilang timbul).	
1,2,3	15.00	Menganjurkan pasien personal hygiene R/ pasien melakukan ADL secara mandiri	<b>F.A</b>		O : 1. Klien tampak menahan nyeri dan memegang kepala bagian tengkuk leher.	
1,2,3	16.00	Menyiapkan makanan pasien R/ pasien makan nasi, lauk, dan sayur	<b>F.A</b>		2. Klien tampak meringis A : masalah teratasi sebagian	
1,2,3	16.30	Menemani pasien makan R/ pasien habis 1 porsi makan	<b>F.A</b>		P : lanjutkan intervensi 1,2,6,7	
1,2,3	16.35	Menganjurkan pasien makan dengan duduk R/ pasien mampu makan secara mandiri dengan duduk	<b>F.A</b>			<b>F.A</b>
1,3	17.00	Mengevaluasi teknik tarik nafas dalam yang sudah diajarkan R/ pasien mampu mengulangi teknik tarik nafas dalam yang sudah diajarkan untuk mengurangi nyeri.	<b>F.A</b>		DX 2 : Gangguan Mobilitas Fisik S : pasien mengeluhkan sulit untuk berjalan dan terkadang merasa kram pada bagian kaki O : 1. Pasca stroke dibagian kaki kiri. 2. Kekuatan otot menurun. 3. Sendi kaku.	
1,2,3	20.00	Memberikan selimut pada pasien dan	<b>F.A</b>		A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 7,8,9	

		<p>menutup pintu ruangan untuk menambah kenyamanan pasien dan mengurangi kebisingan R/ pasien sudah tertidur</p>		<p>DX 3 : Gangguan Pola Tidur S : klien mengatakan terkadang susah tidur dikarenakan pusing dan nyeri dibelakang tengkuk leher. O : 1. Klien tampak lesu 2. Mata merah 3. Klien tampak cemas A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan no.4,5</p>	<b>F.A</b>
--	--	--	--	--	------------

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam hal ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi di ruang UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya adalah sebagai berikut.

#### **4.1 Pengkajian**

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

##### **4.1.1 Identitas**

Data yang didapatkan, nama Ny.S bertempat tinggal di Surabaya dari suku jawa berjenis kelamin perempuan, berusia 65 tahun dan beragama kristen. Pasien sudah menikah tetapi ditinggal oleh suaminya (janda). Pendidikan terakhir pasien SMA. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya selama ± 5 bulan. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu anaknya. Pasien sebagai ibu rumah tangga.

Pada lansia yang berjenis kelamin perempuan lebih cenderung menderita hipertensi dari pada laki-laki. Hal ini karena, rata-rata perempuan akan mengalami peningkatan resiko tekanan darah tinggi (Hipertensi) setelah menopause yaitu di usia diatas 45 tahun. Perempuan yang belum menopause dilindungi oleh hormone estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL).

#### **4.1.2 Riwayat Kesehatan**

##### **1. Keluhan utama**

Didapatkan data bahwa Ny.S mengeluh nyeri dan hambatan saat beraktivitas dikarenakan pasien pernah mengalami stroke  $\pm$  1 tahun. Penyebab nyeri terjadi karena kurangnya oksigen yang masuk kedalam sirkulasi tubuh. Proses kontraksi otot sefalik secara involunter dan hipersensivitas supraspinal terhadap stimuli nosiseptif sangat berperan terhadap timbulnya nyeri (Hayuningtyas, 2021).

##### **2. Riwayat sakit dan kesehatan**

Keluhan utama sata pengkajian pasien mengeluhkan nyeri terasa di tengkuk leher bagian belakang saat beraktivitas dan saat tekanan darahnya meningkat, sulit untuk berjalan dikarenakan bagian ekstremitas bawah sebelah kiri mengalami gangguan pasca stroke. Komplikasi yang terjadi apabila tekanan darah tinggi tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ jantung, otak, ginjal, dan mata, sehingga dapat mengakibatkan gagal jantung, resiko stroke, kerusakan pada ginjal dan kebutaan (Yolanda, 2017).

Riwayat sakit dahulu, pasien pernah mengatakan stroke 1 tahun yang lalu, sejak tahun 2018 pasien mengalami riwayat hipertensi, selama di panti pasien mendapatkan terapi obat amlodipin 5mg 1-0-0 per oral dan obat kalk 1x1 tablet per oral.

Stroke merupakan salah satu komplikasi dari penyakit hipertensi. Stroke merupakan gangguan pembuluh darah yang terletak di otak yang jika aliran darah ke otak terganggu maka otak akan mengalami kerusakan. Terkadang stroke terjadi karena penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan darah tidak dapat mengalir melewati sumbatan tersebut (Rumah et al., 2018).

#### **4.1.3 Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik didapatkan 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.S. adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan Head to Toe seperti dibawah ini :

##### **1. Muskuloskeletal**

Pada tinjauan pustaka didapat nyeri karena faktor usia dan aktivitas berlebihan, kekakuan pada leher, tidak ada pembengkakan sendi, tidak ada nyeri panggul, dan tidak pernah melakukan olahraga. Pada muskuloskeletal tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak didapatkan kesenjangan. Kekakuan leher pada hipertensi terjadi akibat peningkatan tekanan dinding pembuluh darah didaerah leher sehingga terjadi peningkatan tekanan vaskuler ke otak yang mengakibatkan terjadinya penekanan pada serabut otot leher.

## 2. Neurologis

Pada tinjauan pustaka didapatkan sakit kepala akibat tekanan darah tinggi, tidak terjadi kejang, tidak tremor, tidak ada cedera, tidak ada masalah memori. Pada sistem saraf pusat tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Pada tinjauan kasus ditemukan tidak ada masalah memori, biasanya pada lansia terjadi gangguan memori yang berkaitan dengan gangguan pada otak yang disebabkan karena dimensia.

### **4.2 Pengkajian Konsep Lansia**

Pada pemeriksaan keseimbangan ditemukan bahwa Ny.S memiliki resiko jatuh rendah. Dengan score indeks KATZ "A" ang berarti mampu dalam semua aktivitas sehari-hari seperti makan, kontinen, berpindah, kekamar kecil, berapakaian dan mandi. Dan pemeriksaan Barthel didapatkan interpretasi "90" atau ketergantungan ringan.

### **4.3 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan Ny.S, didapatkan data objektif dan subjektif yang sesuai dengan 3 diagnosa berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017), sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Berikut pembahasan diagnosa keperawatan berdasarkan data subjektif dan data objektif pada buku SDKI dan pasien :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Menurut SDKI (2017), nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Ditandai dengan data dan gejala minor meliputi : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Pada Ny.S semua data tanda gejala mayor nyeri akut ditemukan pada saat pengkajian, disertai tanda dan gejala minor meliputi tekanan darah meningkat, proses berpikir terganggu dan berfokus pada diri sendiri. Sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot.

Menurut SDKI (2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasab dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, Rentang Gerak (ROM) menurun. Ditandai dengan data dan gejala minor meliputi : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Pada Ny.S semua data tanda gejala mayor gangguan mobilitas fisik ditemukan pada saat pengkajian, disertai tanda dan gejala minor meliputi nyeri

saat bergerak dan kaku pada persendian. Sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.

Menurut SDKI (2017), gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup. Ditandai dengan data dan gejala minor meliputi : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

Pada Ny.S semua data tanda gejala mayor gangguan pola tidur ditemukan pada saat pengkajian, disertai tanda dan gejala minor. Sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

#### **4.4 Tujuan dan Intervensi Keperawatan**

Tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dituliskan berdasarkan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan data dan indikasi pasien sehingga masalah keperawatan dapat diselesaikan secara komprehensif. Dalam tahap ini penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Penyusun perencanaan bertujuan agar kemampuan Ny.S dalam mengontrol nyeri meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam. Dengan kriteria hasil, melaporkan nyeri terkontrol meningkat, kemampuan mengenali onset nyeri

meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik non-farmakologi meningkat, dan keluhan nyeri menurun.

Rencana keperawatan pada Ny.S dengan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis diantaranya menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat. Menurut Ulinuha, Tomy (2017) bahwa teknik relaksasi napas dalam berpengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri pada lansia. Menurut Kartika, IR (2019), lansia sudah memiliki pengetahuan yang baik mengenai teknik manajemen nyeri non-farmakologis, sementara itu, lansia menjawab paling tidak tahu mengenai faktor penyebab nyeri yang terjadi. Pengetahuan yang baik dapat berupa pengetahuan tentang penyakit dan pengetahuan tentang cara penanganan nyeri yang benar (Aulianah, Hili, 2018).

Berdasarkan pernyataan diatas penulis memnerikan edukasi manajemen nyeri bertujuan untuk meningkatkan kemandirian lansia untuk mengetahui penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, memonitor nyeri secara mandiri, melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menggunakan analgetik secara tepat.

## 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot.

Penyusunan perencanaan pada Ny.S bertujuan untuk mobilitas ekstremitas bawah bagian kiri Ny.S membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. Dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun.

Rencana keperawatan yang akan diberikan kepada Ny.S dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot diantaranya memfasilitasi pemenuhan kebutuhan mandi dan BAB/BAK, memonitor kebersihan tubuh dan integritas kulit saat mandi dan BAB/BAK, menjaga privasi selama kebersihan diri dan berpakaian, mempertahankan kebiasaan kebersihan diri, memodifikasi lingkungan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia. Menurut Rohaedi, Slamet (2016), pada lansia dengan ketergantungan sebagian, peran perawat dapat membantu memenuhi kebutuhan harian lansia namun hanya pada kegiatan yang membutuhkan bantuan dan pada kegiatan yang masih dapat dilaksanakan secara mandiri oleh lansia, peran perawat dapat memberikan dukungan untuk lansia untuk mempertahankan kemandiriannya.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis hanya memberikan intervensi berupa memfasilitasi pemenuhan kebutuhan eliminasi dan perawatan diri, dikarenakan dalam kasus ini Ny.S hanya mengalami keterbatasan pada kaki kirinya namun masih dapat makan dan masih dapat berjalan sendiri.

### 3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Penyusunan perencanaan pada Ny.S bertujuan supaya pola tidur kembali membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun dan keluhan istirahat tidak cukup menurun.

Rencana keperawatan pada Ny.S dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur diantaranya mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup bai

lansia, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur dan mengajarkan relaksasi otot autogenik. Apabila teknik terapi nafas dalam dilakukan pada pasien yang memiliki kualitas tidur yang buruk, mereka akan benar-benar merasa rileks sehingga dapat membantu memasuki kondisi tidur, karena dengan cara mengendurkan otot-otot secara sengaja akan membuat suasana hati menjadi lebih tenang dan juga lebih santai. Dengan keadaan rileks dan otot-otot yang kendur dapat memberikan kenyamanan sebelum tidur sehingga lanjut usia dapat memulai tidur dengan mudah (Likah, 2008 dalam Cahyaningsih 2016).

Berdasarkan pernyataan diatas penulis memberi intervensi dukungan tidur yang meliputi mengajarkan relaksasi otot autogenik yang dapat membantu lansia dalam keadaan rileks dan mudah untuk tidur.

#### **4.5 Implementasi**

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

##### **1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis**

Implementasi keperawatan pada Ny.S dengan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis diantaranya menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

Berdasarkan implementasi diatas, penulis lebih fokus pada edukasi nafas karena nyeri yang dirasakan oleh lansia timbul saat tekanan darah meningkat. Selama pemberian implementasi Ny.S mengungkapkan dan dapat mempraktekkan melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot.

Implementasi yang diberikan kepada Ny.S dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot yaitu memberi dukungan perawatan diri meliputi memfasilitasi pemenuhan kebutuhan mandi, BAB/BAK, mengidentifikasi budaya dan kebiasaan saat mandi dan BAB/BAK, memonitor kebersihan tubuh dan integritas kulit saat mandi dan BAB/BAK, menjaga privasi selama kebersihan diri dan berpakaian, mempertahankan kebersihan diri, memodifikasi lingkungan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia.

Implementasi memfasilitasi pemenuhan kebutuhan mandi, BAB/BAK dan berpakaian bertujuan mempermudah Ny.S melakukan kebersihan diri karena hambatan mobilitas fisik yang dialami. Implementasi mengidentifikasi dan kebiasaan saat mandi dan BAB/BAK, berpakaian bertujuan mencari tahu apa kebiasaan pasien saat mandi atau sebelum mandi dan di dapatkan bahwa Ny.S mandi menggunakan sabun dan mencuci rambut 1x3 hari. menjaga privasi selama kebersihan diri dan berpakaian bertujuan menjaga hak atas privasi pasien. mempertahankan kebiasaan kebersihan diri bertujuan untuk terjadinya masalah integritas kulit akibat kuranya perawatan. Memodifikasi lingkungan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia yang bertujuan untuk mencegah lansia terjatuh atau cedera, pada saat mandi Ny.S berpegangan pada pegangan khusus di dinding kamar mandi.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.

Implementasi keperawatan pada Ny.S dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur diantaranya mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, menetapkan jadwal tidur rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi lansia, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur dan mengajarkan relaksasi otot autogenik.

Berdasarkan implementasi diatas, semua implementasi pada pemenuhan kebutuhan tidur dilakukan oleh perawat kepada Ny.S hal yang sulit untuk dipantau adalah penetapan jadwal tidur dikarenakan saat pukul 20.30 WIB terkadang pintu kamar lansia sudah ditutup dan lampu kamar sudah dimatikan, jadi sedikit sulit untuk memantau atau masuk ke kamar diatas jam tersebut.

#### **4.6 Evaluasi**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Evaluasi pada pemberian intervensi edukasi manajemen nyeri hingga hari ke-3 didapatkan hasil Ny.S sudah mampu mengontrol rasa nyeri saat timbul. Dengan hasil Ny.S mengatakan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri timbul dan Ny.S mendapatkan terapi amlodipin 1x5 mg dan obat kalsium 1 tablet per oral.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot.

Evaluasi pada pemberian intervensi pemenuhan kebutuhan perawatan diri hingga hari ke-3 didapatkan hasil Ny.S sudah dapat melakukan perawatan diri secara mandiri seperti makan, mandi, BAB/BAK tetapi untuk berjalan pasien

masih memiliki resiko jatuh yang sangat rendah dikarenakan ada gangguan pada bagian ekstremitas bawah sebelah kiri dan masih dalam pengawasan.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.

Evaluasi pada pemberian intervensi dukungan tidur pada Ny.S tercapai pada hari ke-3 karena pola tidur membaik dengan hasil Ny.S mengatakan tadi malam tidur sekitar pukul 22.00 WIB dan terbangun pada pukul 04.00 WIB, Ny.S dapat tertidur dengan menerapkan relaksasi analgetik, menetapkan jadwal tidur malam pukul 21.00-04.30 WIB.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik.

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan asuhan keperawatan gerontik yang telah dilakukan oleh penulis ada Ny.S dengan diagnosa medis Hipertensi di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Saat pengkajian didapatkan Ny.S mengeluh nyeri pada bagian tengkuk belakang leher dan nyeri ataupun kram di bagian ekstremitas bawah bagian kiri dikarenakan pasca stroke tetapi dalam pemenuhan ADL seperti makan, mandi pasien bisa melakukannya secara mandiri tetapi Ny.S masih dalam pengawasan dalam resiko jatuh sedang. Disaat tekanan darahnya meningkat pasien mengeluhkan sering tidak bisa tidur dikarenakan rasa berat yang berada ditengkuk belakang lehernya.
2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Ny.S yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot, dan yang terakhir gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur.
3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama diharapkan tercapainya pemenuhan kebutuhan ADL

Ny.S karena terjadi gangguan hambatan mobilitas fisik pada ekstremitas bawah bagian kiri.

4. Pada evaluasi tanggal 15 Januari 2022 didapatkan pemenuhan kebutuhan kemandirian belum terpenuhi dan masih harus difasilitasi karena masih terdapat gangguan mobilitas fisik pada bagian ekstremitas bawah bagian kiri sehingga masih memerlukan pengawasan dalam resiko jatuh. Namun pada tanggal 15 Januari 2022, Ny.S sudah mulai paham dan mampu dalam mengontrol rasa nyerinya, dan Ny.S sudah mulai dapat sedikit tidur sesuai jadwal yang sudah ditentukan. Pemanatauan resiko jatuh akan selalu dipantau karena Ny.S memiliki usia 65 tahun dan memiliki penurunan keseimbangan tubuh.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan dari kesimpulan diatas penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi lansia

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

2. Bagi mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai klien dengan hipertensi dan nyeri akut karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat

mengenai hipertensi, dan faktor-faktor pencetus serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, R. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Hipertensi Pada Penderita Hipertensi Di Kelurahan Tapos Depok. *Jurnal Kesehatan Saelmakers Perdana*, 3(1), 77–90. <http://ojs.ukmc.ac.id/index.php/JOH>
- Ariyanti, R., Preharsini, I. A., & Sipolio, B. W. (2020). Edukasi Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Hipertensi Pada Lansia. *To Maega: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(2), 74. <https://doi.org/10.35914/tomaega.v3i2.369>
- Arum, Y. T. G. (2019). Hipertensi pada Penduduk Usia Produktif (15-64 Tahun). *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(3), 84–94.
- Azizah. (2021). Efektifitas senam lansia terhadap penurunan tekanan darah. *Akperyarsismd.E-Journal.Id*, 3(1), 23–32.
- B, S. (2019). Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Jahe Terhadap Skala Nyeri Kepala Hipertensi Pada Lansia Di Posyandu Lansia Karang Werdha Rambutan Desa Burneh Bangkalan. *Jurnal Kesehatan*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.25047/j-kes.v5i1.29>
- Cut Rahmiati, & Tjut Irma Zurijah. (2020). Pengaruh Senam Lansia Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi. *Penjaskesrek Journal*, 7(1), 15–28. <https://doi.org/10.46244/penjaskesrek.v7i1.1005>
- Hayuningtyas, I. I. (2021). Pengaruh Senam Ergonomik Terhadap Tingkat Nyeri Tengok Pada Lansia Dengan Hipertensi. *Jurnal Kusuma Husada*, 1. <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/2361/1/Naskah publikasi ineke.pdf>
- Hernawan, T., & Rosyid, F. N. (2017). Pengaruh Senam Hipertensi Lansia terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia dengan Hipertensi di Panti Wreda Darma Bhakti Kelurahan Pajang Surakarta. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 26. <https://doi.org/10.23917/jurkes.v10i1.5489>

- Imelda, I., Sjaaf, F., & Puspita, T. (2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Air Dingin Lubuk Minturun. *Health & Medical Journal*, 2(2), 68–77. <https://doi.org/10.33854/heme.v2i2.532>
- Maryati, H., & Praningsih, S. (2019). Efektifitas pendampingan keluarga dalam perawatan diri terhadap kestabilan tekanan darah penderita hipertensi. *Journal of Ners Community*, 10(1), 53–66.
- Rapina, R., & Saftarina, F. (2017). Penatalaksanaan hipertensi tingkat 2 dan diabetes mellitus tipe II pada wanita usia 53 tahun dengan pendekatan dokter keluarga. *Jurnal Medula Unila*, 7(April), 95–102.
- Ratnawati. (2016). Faktor-Faktor Yang Kelompok Lanjut Usia Di Wilayah Kerja Upt Puskesmas Petang 1 Kabupaten Bandung Tahun 2016. *Medika*, 5(7), 1–23.
- Sari, N. W., Margiyati, & Rahmanti, A. (2020). Efektifitas metode self-help roupp ( SHG ) terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi. *Keperawatan*, 03(03), 10–16.
- Sumartini, N. P., Zulkifli, Z., & Adhitya, M. A. P. (2019). Pengaruh Senam Hipertensi Lansia Terhadap Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Cakranegara Kelurahan Turida Tahun 2019. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 1(2), 47. <https://doi.org/10.32807/jkt.v1i2.37>
- Suprayitno, E., & Huzaimah, N. (2020). Pendampingan Lansia Dalam Pencegahan Komplikasi Hipertensi. *SELAPARANG Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, 4(1), 518. <https://doi.org/10.31764/jpmb.v4i1.3001>
- Wicaksono, S. (2019). Angka Kejadian Peningkatan Tekanan Darah (Hipertensi) Pada Lansia Di Dusun 1 Desa Kembangseri Kecamatan Talang Empat Bengkulu Tengah Tahun 2015. *Jurnal Kedokteran RAFLESIA*, 5(1), 1–6. <https://doi.org/10.33369/juke.v5i1.8765>

Yonata, A., & Pratama, A. S. P. (2016). Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke. *Jurnal Majority*, 5(3), 17–21.  
<http://jke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1030>

## Lampiran 1

## CURICULUM VITAE

Nama : Fenny Anggraeni Safitri, S.Kep

Tempat, Tanggal lahir : Surabaya, 09 Januari 2000

Alamat : Dk.Gemol 2 no.63 Surabaya

Agama : Islam

Email : fennyanggraeni456@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

<b>Tahun Lulus</b>	<b>Program Pendidikan</b>	<b>Institusi</b>
2011	Sekolah Dasar	SD Siti Aminah Surabaya
2014	Sekolah Menengah Pertama	SMP Negeri 34 Surabaya
2017	Sekolah Menengah Atas	SMA Negeri 22 Surabaya
2021	Strata I Keperawatan	STIKES Hang Tuah Surabaya

## Lampiran 2

## MOTTO

**“Hidup itu membutuhkan perjuangan, karena tidak ada satupun yang bisa sukses tanpa sebuah perjuangan”.**

## PERSEMBAHAN

**Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada :**

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, kesehatan, kemudahan dan ketangguhan sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan dengan tepat waktu.
2. Kedua orang tua yang saya sangat cintai, mama dan papa dan semua keluarga yang pastinya dengan 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.
3. Teman-teman Profesi Ners angkatan STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Terima kasih untuk semua orang di sekeliling saya yang selalu mendoakan yang terbaik untuk saya membantu dalam setiap langkah perjalanan hidup saya. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kita semua dimanapun kalian berada. Aminn Ya Robbal’Alaamin.

## Lampiran 3

**PENGAJIAN KESEIMBANGAN UNTUK LANSIA (Tinneti, ME, dan Ginter, SF, 1998).**

**1. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan**

- a. Bangun dari kursi (dimasukkan dalam analisis) (**Normal/Tidak**)

Tidak bangun dari duduk dengan satu kali gerakan, tetapi mendorong tubuhnya keatas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.

- b. Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis) (**Normal/Tidak**)

Menjatuhkan diri di kursi, tidak duduk ditengah kursi

- c. Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum perlahan-lahan sebanyak 3 kali) (**Normal/Tidak**)

- d. Menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya (**Normal/Tidak**)

- e. Mata tertutup (**Normal/Tidak**)

- f. Sama seperti diatas (periksa kepercayaan pasien tentang input penglihatan untuk keseimbangannya).

- g. Perputaran leher (**Normal/Tidak**)

- h. Menggerakkan kaki, menggenggam obyek untuk dukungan, kaki menyentuh sisi-sisinya, keluhan vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil.

- i. Gerakan menggapai sesuatu (**Normal/Tidak**)

- j. Tidak/mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil, memegang sesuatu untuk dukungan.
- k. Membungkuk (**Normal/Tidak**)
- l. Tidak/mampu untuk membungkuk, untuk mengambil obyek-obyek kecil (misal bulpen) dari lantai, memegang suatu obyek untuk bisa berdiri lagi memerlukan usaha-usaha multiple untuk bangun.

## 2. **Komponen gaya berjalan atau gerakan**

- 2.7.1.1.1.1.1.1 Minta klien untuk berjalan pada tempat yang ditentukan ragu-ragu tersandung, memegang obyek untuk dukungan (**Normal/Tidak**)
- 2.7.1.1.1.1.1.2 Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki pada saat melangkah)  
kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (mengeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (>2 inchi) (**Normal/Tidak**)
- 2.8 Kontinuitas langkah kaki (lebih baik diobservasi dari samping pasien) (**Normal/Tidak**).
- 2.9 Setelah langkah-;angkah awal, tidak konsisten memulai mengangkat salah satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai.
- 2.10 Kesimetrisan langkah (lebih baik diobservasi dari samping pasien) (**Normal/Tidak**).
- 2.11 Panjangnya langkah yang tidak sama (sisi yang patologis biasanya memiliki langkah yang lebih panjang : masalah dapat terjadi pada pinggul, lutut, pergelangan kaki atau otot sekitarnya).

- 2.12 Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik diobservasi dari belakang pasien) (**Normal/Tidak**) tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi.
- 2.13 Berbalik (**Normal/Tidak**) berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan memegang obyek untuk dukungan.

Lampiran 4

## **PENGAJIAN AFEKTIF**

### **Inventaris Depresi Beck**

Berisi 13 hal yang menggambarkan berbagai gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi. Terkait dengan kesedihan, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan, rasa bersalah, tidak menyukai diri sendiri, membahayakan diri sendiri, menarik diri dari sosial, keraguan, perubahan gambaran diri, kesulitan kerja, keletihan, anoreksia.

0-4 : depresi tidak ada atau minimal

5-7 : depresi ringan

8-15 : depresi sedang

>16 : depresi berat

Bentuk singkat bisa menggunakan **Skala Depresi Geriatrik Yesavage**

1. Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda? (ya/tidak)
2. Sudahkah anda mengeluarkan aktivitas dan minat anda? (ya/tidak)
3. Apakah anda merasa hidup anda kosong? (ya/tidak)

4. Apakah anda sering bosan? (ya/tidak)
5. Apakah anda memiliki semangat yang baik setiap waktu? (ya/tidak)
6. Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda? (ya/tidak)
7. Apakah anda merasa bahagia disetiap waktu? (ya/tidak)
8. Apakah anda lebih suka tinggal dirumah pada malam hari, daripada pergi dan melakukan sesuatu yang baru? (ya/tidak)
9. Apakah anda merasa bahwa anda mempunyai lebih banyak masalah dengan ingatan daripada yang lainnya? (ya/tidak)
10. Apakah anda berfikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini? (ya/tidak)
11. Apakah anda merasa saya sangat tidak berguna dengan keadaan anda sekarang? (ya/tidak)
12. Apakah anda merasa penuh berenergi? (ya/tidak)
13. Apakah anda berpikir bahwa situasi anda tidak ada harapan? (ya/tidak)
14. Apakah anda berpikir bahwa banyak orang lebih baik daripada anda? (ya/tidak)

Penilaian :

Jika jawaban pertanyaan sesuai indikasi dilai point 1 (nilai 1 point untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya atau tidak setelah pertanyaan) nilai 5 point lebih dapat menandakan depresi.

## Lampiran 5

**PENGKAJIAN STATUS SOSIAL**

Dengan menggunakan APGAR

<b>No.</b>	<b>Uraian</b>	<b>Fungsi</b>	<b>Skor</b>
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	<b>ADAPTATION</b>	1
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	<b>PARTNERSHIP</b>	2
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru.	<b>GROWTH</b>	2
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengeksposisikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih / mencintai.	<b>AFFECTION</b>	2
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama.	<b>RESOLVE</b>	1

Penilaian :

Jika pertanyaan yang dijawab selalu (point 2), kadang-kadang (point 1), hampir tidak pernah (point 0).

Kesimpulan :

Dari hasil pengkajian fungsi sosial pada lansia menggunakan APGAR Keluarga didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 8 yang berarti Ny.S termasuk kategori disfungsi sedang.

Lampiran 6

### **TINGKAT KERUSAKAN INTELEKTUAL**

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

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini :

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

**Interpretasi :**

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Dari hasil pengkajian tingkat kerusakan intelektual menggunakan SPMSQ didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 7 yakni berarti Ny.S termasuk dalam kategori Fungsi intelektual keusakan sedang.

Lampiran 7

### **IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF**

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

<b>No.</b>	<b>Aspek Kognitif</b>	<b>Nilai Maksimal</b>	<b>Nilai Klien</b>	<b>Kriteria</b>
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar Tahun : 2021 Hari : senin Musim : kemarau Bulan : oktober Tanggal : 25
2.	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada? Negara : Indonesia Provinsi : jawa timur Kabupaten/kota : Surabaya Panti : wreda Wisma : Mawar
3.	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab: 4) Kursi 5) Meja 6) kertas
4.	Perhatian dan	5	0	Meminta klien berhitung

	kalkulasi			mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban: 6) 93 7) 86 8) 79 9) 72 10) 65
5.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek pada poin ke-2 (tiap point nilai 1)
6.	Bahasa	9	9	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut). 1)..... 2).....
				3)minta klien untuk mengulangi kata berikut : “tidak ada, dan, jika, atau tetapi) klien menjawab : Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah. 4)ambil kertas ditangan anda 5)lipat dua 6)taruh dilantai, Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 poin). 7)“tutup mata anda” 8)perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9)menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk.
	<b>Total Nilai</b>	<b>30</b>	<b>25</b>	<b>Tidak ada gangguan kognitif</b>

Interpretasi :

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif berat

Dari hasil pengkajian gangguan kognitif menggunakan MMSE didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 25 yang berarti Ny.S termasuk dalam kategori tidak ada gangguan kognitif.

#### Lampiran 8

#### INDEKZ KATZ

SKORE	KRITERIA
A	<b>Kemandirian dalam hal makna, kontinen, berpindah ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.</b>
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
--	--