

**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 :

**TIARA YUNANDA RAMSYA, S.Kep**

**NIM 2130061**

**PROGRAM 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**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



**Oleh :**

**TIARA YUNANDA RAMSYA, S.Kep**

**NIM. 2130061**

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

**2022**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

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

Surabaya, 6 Juli 2022

Penulis

**(Tiara Yunanda Ramsya, S.Kep.)**  
**NIM. 2130061**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Tiara Yunanda Ramsya

NIM : 2130061

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

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

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

**NERS (Ns)**

**Pembimbing Insitusi**

**Pembimbing Lahan**

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

**NIP.03009**

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

**NIP.198707122010011008**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 6 Juli 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :  
Nama : Tiara Yunanda Ramsya  
NIM : 2130061  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan keperawatan gerontik pada Ny.S dengan masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

Telah dipertahankakn didepan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir STIKES Hang Tuah Surabaya dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelas NERS pada Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : **Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kep** \_\_\_\_\_  
NIP. 030007

Penguji I : **Dr. Hidayatus Sya'idah, S.Kep.,Ns.,M.Kep** \_\_\_\_\_  
NIP. 03009

Penguji II : **Didik Dwi Winarno, S.Kep.,Ns.,M.KKK** \_\_\_\_\_  
NIP. 198707122010011008

Mengetahui, STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka. Prodi Pendidikan Profesi Ners

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

NIP : 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 6 Juli 2022

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatan kehadiran Allah SWT, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan keperawatan gerontik pada Ny.S dengan masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis memanfaatkan berbagai literatur serta memperoleh banyak bimbingan dan bantuan dari pembimbing serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyelesaiannya.

Dalam kesempatan ini, perkenankan penulis menyampaikan ucapan rasa terima kasih, rasa hormat 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 Program Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners dan juga selaku pembimbing karya ilmiah kami yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku Ketua Penguji terima kasih atas segala arahnya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
5. Bapak Didik Dwi Winarno.,S.Kep.,Ns.,M.KKK. selaku Penguji 2 dan juga selaku Kepala UPTD Griya Wreda Jambangan terima kasih atas segala arahnya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

6. Ny. S terima kasih telah membantu dan berkenan untuk menjadi responden dalam penelitian selama di Panti Griya Wreda Jambangan
7. Seluruh staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
8. Ibu, Ayah, Adik serta keluarga besar yang senantiasa mendoakan dan memberikan dukungan kepada saya.
9. Teman-teman Ners angkatan 12 STIKES Hang Tuah Surabaya dan pihak pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan KTI ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan proposal skripsi ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 6 Juli 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>COVER</b> .....	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
1.5 Metode Penelitian .....	6
1.5.1 Metoda .....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	6
1.5.3 Sumber Data .....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>1</b>
2.1 KONSEP HIPERTENSI .....	1
2.1.1 Anatomi Fisiologi .....	1
2.1.2 Definisi Hipertensi.....	11
2.1.3 Etiologi.....	12
2.1.4 Klasifikasi Hipertensi.....	13
2.1.5 Patofisiologis .....	14
2.1.6 Manifestasi Klinis .....	16
2.1.7 Komplikasi .....	16
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang .....	17



2.1.9 Penatalaksanaan.....	17
2.2 KONSEP LANSIA .....	21
2.2.1 Definisi Lansia.....	21
2.2.2 Batasan Usia Lansia.....	21
2.2.3 Karakteristik Lansia.....	22
2.2.4 Tipe Lansia .....	22
2.2.5 Proses Penuaan .....	23
2.2.6 Tugas Perkembangan Lansia.....	23
2.3 KONSEP NYERI .....	25
2.3.1 Definisi Nyeri .....	25
2.3.2 Klasifikasi Nyeri.....	25
2.3.3 Fisiologi Nyeri.....	26
2.3.4 Faktor Yang Memengaruhi Nyeri.....	27
2.3.5 Penilaian Respon Intensitas Nyeri .....	30
2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri .....	31
2.4 WOC .....	32
2.5 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN .....	33
2.5.1 Pengkajian .....	33
2.5.2 Diagnosa Keperawatan .....	35
2.5.3 Intervensi Keperawatan.....	36
2.6 <i>LITERATUR REVIEW</i> .....	41
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>46</b>
3.1 Pengkajian Keperawatan .....	46
3.1.1 Identitas Pasien.....	46
3.1.2 Riwayat Kesehatan .....	46
3.1.3 Status Fisiologis.....	46
3.1.4 Pemeriksaan Fisik ( <i>Head To Toe</i> ) .....	47
3.1.5 Pengkajian Keseimbangan Lansia .....	49
3.1.6 Pengkajian Psikososial.....	49
3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan.....	49
3.1.8 Pengkajian Lingkungan.....	50
3.1.9 Status Nutrisi .....	51
3.1.10 Indeks Barthel .....	52
3.1.11 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ .....	53
3.1.12 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE .....	54
3.1.13 Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi .....	56

3.1.14APGAR Keluarga.....	57
3.2 Pemeriksaan Penunjang .....	58
3.3 Analisa Data .....	58
3.4 Prioritas Masalah .....	59
3.5 Intervensi Keperawatan.....	60
3.6 Implementasi .....	62
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>686</b>
4.1 Pengkajian .....	68
4.1.1 Identitas .....	68
4.1.2 Riwayat Kesehatan .....	69
4.1.3 Pemeriksaan Fisik .....	70
4.2 Pengkajian Konsep Lansia .....	75
4.3 Diagnosa Keperawatan .....	75
4.4 Tujuan Dan Intervensi Keperawatan .....	77
4.5 Implementasi .....	80
4.6 Evaluasi.....	81
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>83</b>
5.1 Simpulan .....	83
5.2 Saran .....	84
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>85</b>
<b>Lampiran 1.....</b>	<b>888</b>
<b>Lampiran 2.....</b>	<b>899</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Tekanan Darah.....	14
Tabel 2.2	Konsep Intervensi Keperawatan.....	36
Tabel 2.3	<i>Literatur Review</i> .....	41
Tabel 3.1	Status Nutrisi.....	51
Tabel 3.2	Tabel <i>indeks barthel</i> .....	52
Tabel 3.3	Tabel Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ .....	53
Tabel 3.4	Tabel Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ .....	54
Tabel 3.5	Tabel MMSE .....	55
Tabel 3.6	Tabel APGAR Keluarga.....	57
Tabel 3.7	Tabel Terapi Obat .....	58
Tabel 3.8	Tabel Analisa Data.....	58
Tabel 3.9	Tabel Prioritas Masalah.....	59
Tabel 3.10	Tabel Intervensi Keperawatan .....	60
Tabel 3.10	Tabel Implementasi Keperawatan.....	61

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi jantung.....	9
Gambar 2.2	WOC Hipertensi.....	32

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Curriculum Vitae</i> .....	88
Lampiran 2	Motto dan Persembahan .....	89

## DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN

%	: Persen
$\leq$	: Kurang Dari Sama Dengan
$\geq$	: Lebih Dari Sama Dengan
KEMENKES	: Kementerian Kesehatan
Lansia	: Lanjut usia
WHO	: <i>World Health Organization</i>
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
mmHg	: Milimeter Hydragyrum
HB	: Hemoglobin
EKG	: Elektrokardiogram
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
MMSE	: <i>Mini Mental Status Exam</i>
SPMSQ	: <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>
GDS	: <i>Geriatric Depression Scale</i>









## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Seseorang secara alamiah akan mengalami proses menjadi tua. Menua atau menjadi tua merupakan sebuah proses hilangnya kemampuan jaringan untuk berkembang. Seorang individu yang sedang perlahan-lahan menjadi tua akan mengalami kemunduran secara mental, sosial, dan terutama fisik. Selain itu, pada saat lanjut usia merupakan usia yang rentan terhadap penyakit, seperti penyakit jantung koroner, darah tinggi, kencing manis, rematik dan kanker. Menurut (Ridwan, 2009) salah satu penyakit yang dialami oleh lanjut usia yaitu darah tinggi atau hipertensi. Darah tinggi sering menjadi faktor masalah utama pada lansia karena penyebab terjadinya penyakit kardiovaskuler lainnya seperti stroke, gagal jantung, dan penyakit jantung koroner (Sya'diyah, 2018). Peningkatan tekanan darah yang terjadi akan menyebabkan pusing atau sakit kepala (nyeri pada kepala), sehingga dapat mempengaruhi aktivitas.

Menurut dari badan kesehatan dunia yaitu WHO, sekitar di seluruh dunia yaitu mencapai 972 juta jiwa atau sekitar 26,4% mengalami tekanan darah tinggi, angka ini diprediksi akan mengalami peningkatan hingga 29,2% pada Tahun 2025 yang akan datang. Menurut (Yonata & Satria, 2016) di negara maju dan berkembang termasuk Indonesia diperkirakan sekitar 972 juta jiwa mengidap hipertensi, terbagi menjadi 333 juta jiwa berada di negara yang maju dan sekitar 639 sisanya berada di negara berkembang. Menurut (Warjiman, Er, U. E., Yohana, G., Hapsari, & Dwi, 2022) pada usia 25 hingga 44 tahun kejadian hipertensi mencapai 29%, lalu usia 45 hingga 64 tahun mencapai 51%, dan pada usia lebih

dari 65 tahun mencapai 65%. Berdasarkan hasil dari pengukuran data pada tahun 2018 yang telah diperoleh, untuk penduduk yang berusia  $\geq 18$  tahun dengan kejadian hipertensi di Indonesia mencapai 34,1% (Riskesdas, 2018). Menurut riset data (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2017) menunjukkan angka prevalensi penderita tekanan darah tinggi di Jawa Timur pada tahun 2016 mencapai prosentase sebesar 13,47%. Lalu di Kota Surabaya masuk dalam kategori lima besar kota atau di Jawa Timur dengan jumlah penderita penyakit hipertensi tertinggi, yaitu sebesar 45.014 jiwa atau sekitar 10,43% (Dinkes Provinsi Jawa Timur., 2017). Berdasarkan data yang telah diperoleh di UPTD Griya Wreda Surabaya pada tanggal 31 Januari 2022 dari 160 lansia terdapat 79 lansia menderita hipertensi. Dalam hal ini mayoritas lansia di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya mengalami tekanan darah tinggi.

Secara umum, semakin bertambahnya usia seseorang maka akan mengalami tekanan darah yang bertambah tinggi, baik tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik. Peningkatan tekanan sistolik menunjukkan risiko yang lebih utama daripada peningkatan tekanan darah diastolik (Agustina et al., 2014). Salah satu gejala dari meningkatnya tekanan darah tinggi yaitu nyeri kepala. Nyeri kepala atau pusing pada pasien hipertensi terjadi ketika serat afferent primer menginervasi meningeal atau pembuluh darah serebral aktif, kebanyakan dari serat nociceptive dilokasikan didalam bagian pertama dari ganglion trigeminal atau ganglia servikal atas. Rangsangan terhadap struktur nyeri dibawah tentorium radiks servikalis bagian atas dengan cabang-cabang saraf perifer menimbulkan nyeri pada daerah belakang, pada area oksipital, area sub-oksipital dan servikal bagian atas. Rasa nyeri ini ditransmisi oleh saraf cranial IX, X dan spinal C1, C2, C3. Oksipitalis mayor

akan menjalarkan nyerinya kefrontal pada sisi ipsilateral. Input eksteroseptif dan nosiseptif dari reflex trigeminoservikal trigeminoservikal ditransmisikan melalui jalur polisinaptik , mencapai motor neuron servikal, bahwa nyeri didaerah leher dapat dirasakan atau diteruskan kearah kepala dan sebaliknya.

Tekanan darah tinggi dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup usia lanjut (Febriyani, 2016). Sehingga untuk penatalaksanaan rekomendasi manajemen hipertensi dari menurut *Canadian Hypertension Education Program* (2014) yaitu: mengubah perilaku menjadi lebih sehat, jika dalam kategori obesitas disarankan untuk mengurangi berat badan, hindari konsumsi alkohol, manajemen diet, membatasi konsumsi makanan yang mengandung sodium, diet kalsium dan magnesium, dan lakukan manajemen stress dengan baik (Taghadosi, 2017). Penatalaksanaan hipertensi diharapkan dapat meningkatkan kognitif lansia terhadap penyakit hipertensi, kemudian memperbaiki sikap dan kepatuhan pengobatan penyakitnya sehingga dapat mengurangi efek dari peningkatan tekanan darah tinggi seperti nyeri pada kepala hingga kaku pada leher. Agar lansia penderita hipertensi peduli kesehatan tentang hipertensi, tenaga kesehatan perlu membekali mereka dengan penyuluhan kesehatan hipertensi dan menjelaskan tentang hipertensi, penatalaksanaan dan prognosisnya (Suprayitno, E, Purnomo, J. D. T., Sutikno, S., & Indriyani, 2020).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan gerontik pada pada pasien dengan hipertensi, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut ”Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada pada Ny.S dengan

masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya??".

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **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 Penelitian**

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

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada Ny.S dengan masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosa medis hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

##### **1.4.2 Manfaat Praktis**

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 ketrampilan 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 mampu merawat lansia dirumah secara mandiri

#### 4. Bagi Penelitian Selanjutnya

Bahan penulisan 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 memusatkan 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, diagnose keperwatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

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

BAB 5: Simpulan dan saran.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosa 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 HIPERTENSI**

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

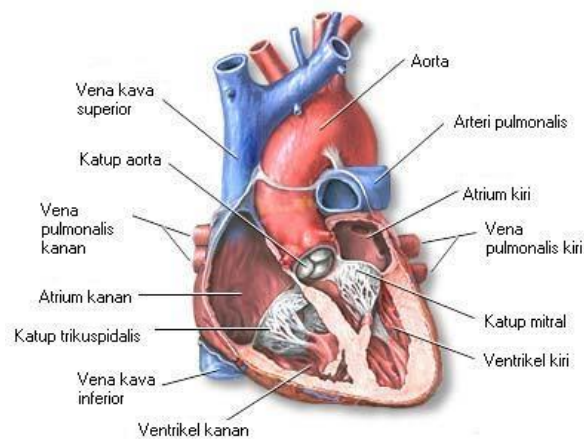
###### **1. Anatomi Jantung**

###### **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 katup. Katup tersebut yaitu katup atrioventrikular dan semilunar. Katup atrio ventrikular terdiri atas katup bicuspid (mitral) dan katup tricuspid, yang terletak diantara atrium dan ventrikel, sedangkan katup 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 visceral dan lapisan sisi

luar atau disebut lapisan perietalis. Selain itu, dinding jantung memiliki tiga lapisan yang terdiri dari lapisan terluar atau epikardium, lapisan tengah atau miokardium, dan lapisan paling dalam atau endokardium. Tak hanya ruang jantung juga mempunyai empat katup yaitu katup trikuspidalis, katup mitralis atau disebut katup AV, katup pulmonalis dan aorta. (katup 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 dikirim ke setiap sel melalui system tersebut. Dalam fungsi kardiovaskular, sistem sirkulasi darah sebagai penentuan peran fisiologisnya. Sistem sirkulasi tersebut terdiri dari, arteri merupakan pembuluh darah terususun 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, kemudia kapiler sebagai penghubung arteriol menjadi venula (pembuluh darah yang

lebih besar yang bertekanan lebih rendah dibandingkan dengan arteriol), vena bergabung dengan kapiler menjadi vena, dan vena merupakan pembuluh darah yang mempunyai kapasitas bedar 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, systole atau kontraksi atrium kemudian diikuti kontraksi pada ventrikel sehingga terjadi perbedaan diantara sirkulasi darah dari ventrikel ke arteri. Systole atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai berkontraksi. Kemudian terjadi penekanan darah yang melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup 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. Sistole 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 diastolic yaitu tekanan darah pada dinding arteri pada saat jantung relaksasi, besarnya sekitar 60-90 mmHg. Tekanan pulsasi merupakan reflek dari stroke volume dan elastisitas arteri, besarnya sekitar 40-90 mmHg. Sedangkan tekanan arteri rerata merupakan gabungan dari tekanan pulsasi dan tekanan diastolic 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 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**

Menurut (Triyanto, 2014) Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas batas normal yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan juga angka kematian (mortalitas). Tekanan darah fase sistolik 140 mmHg menunjukkan fase darah yang sedang di pompa oleh jantung dan fase diastolik 90 mmHg menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung.

Menurut pendapat lain (Anies, 2018) hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi kronis ketika tekanan darah pada dinding arteri (pembuluh darah bersih) meningkat. Kondisi ini dikenal sebagai “pembunuh diam-diam” karena jarang memiliki gejala yang jelas. Satu-satunya cara mengetahui apakah seseorang itu memiliki hipertensi adalah dengan melakukan pengukuran tekanan darah.

### **2.1.3 Etiologi**

Menurut (Sya'diyah, 2018) beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya hipertensi yaitu :

#### **1. Hipertensi Esensial / Primer**

Faktor yang mempengaruhi seperti lingkungan, hiperaktivitas susunan syaraf simpatik, peningkatan natrium, obesitas, alcohol, merokok, stress dan emosional.

#### **2. Hipertensi Sekunder / Renal**

Penyakit yang merupakan penyebab hipertensi antara lain, penyakit ginjal, hiperaldosteronisme, sindroma cushing, hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan, penyakit jantung, penyakit endokrin faktor resiko seperti usia dan riwayat keluarga, ras dan seks, intake tinggi garam, stress, dan penggunaan obat – obatan oral.

#### **3. Kebiasaan Hidup**

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan hipertensi adalah:

- a. Konsumsi garam yang tinggi, dari statistic diketahui bahwa suku bangsa atau penduduk dengan konsumsi garam rendah jarang menderita hipertensi. Dari dunia kedokteran juga telah dibuktikan bahwa pembatasan

garam dan pengeluaran garam atau natrium oleh obat diuretic akan menurunkan tekanan darah lebih lanjut.

- b. Kegemukan atau makanan berlebihan: dari penelitian kesehatan terbukti ada hubungan antara kegemukan dan hipertensi. Meskipun mekanisme bagaimana kegemukan menimbulkan hipertensi belum jelas, tetapi sudah terbukti penurunan berat badan dapat menurunkan tekanan darah.
- c. Stress dan ketegangan jiwa, sudah lama diketahui bahwa ketegangan jiwa seperti rasa tertekan, murung, rasa marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah, dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormone adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat. Jika stress berlangsung cukup lama tubuh akan berusaha mengadakan penyesuaian sehingga timbul kelainan organis atau perubahan patologis
- d. Pengaruh lain yang dapat menyebabkan naiknya tekanan darah adalah sebagai berikut: merokok karena merangsang sistem adrenergic dan meningkatkan tekanan darah, minum alcohol, minum obat – obatan misal ephedrine, prednisone, dan epinefrin.

#### **2.1.4 Klasifikasi Hipertensi**

Klasifikasi hipertensi dilihat berdasarkan tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik dalam satuan mmHg dibagi menjadi beberapa stadium atau *stage*. Klasifikasi tekanan darah pada penderita hipertensi menurut (American Heart Association, 2014) adalah :

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Kategori	Tekanan darah sistolik (mmHg)	Tekanan darah diastolik (mmHg)
Normal	<120	dan <80
Prehipertensi	120-139	atau 80-89
Hipertensi <i>Stage 1</i>	140-159	atau 90-99
Hipertensi <i>Stage 2</i>	$\geq 160$	atau $\geq 100$
Hipertensi Krisis	>180	>110

Sumber : (*American Heart Association, 2014*)

### 2.1.5 Patofisiologis

Meningkatnya tekanan darah dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah pada setiap denyut jantung di paksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis (Triyanto, 2014).

Dengan cara yang sama tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormone di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam

dan air dari dalam tubuh, volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat (Triyanto, 2014).

Sebaliknya, jika aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun. Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara : jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah ke normal (Triyanto, 2014).

Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah selama respon fight-or-flight (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar) meningkatnya arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka yang memerlukan pasokan darah yang lebih banyak mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh melepaskan hormone epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (noradrenalin) yang merangsang jantung dan pembuluh darah. Faktor stress merupakan satu faktor pencetus terjadinya peningkatan tekanan darah dengan proses pelepasan hormone epinefrin dan norepinefrin (Triyanto, 2014).



### **2.1.6 Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinik yang dialami oleh penderita biasanya berupa pusing, mudah marah, telinga berdengung, sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, dan mimisan. Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan (Triyanto, 2014).

### **2.1.7 Komplikasi**

Komplikasi hipertensi menurut (Triyanto, 2014) yaitu:

#### **1. Stroke**

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke sendiri merupakan kematian jaringan otak yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Biasanya kasus ini terjadinya secara mendadak dan menyebabkan kerusakan otak dalam beberapa menit.

#### **2. Gagal Jantung**

Tekanan darah yang terlalu tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah dan menyebabkan pembesaran otot jantung kiri sehingga jantung mengalami gagal fungsi. Pembesaran pada otot jantung kiri disebabkan kerja keras jantung untuk memompa darah. Ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki dan jaringan lain sering disebut edema.

### 3. Infark Miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark.

### 4. Gagal Ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian.

#### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut (Sya'diyah, 2018) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada penderita hipertensi yaitu, hb untuk mengkaji anemia, jumlah sel-sel terhadap volume cairan (viskositas), pemeriksaan BUN untuk memberi informasi tentang fungsi ginjal, glukosa untuk mengkaji hiperglikemi yang dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi), kalium serum, kolesterol dan trygliserid, urin analisa, foto dada, ct scan, dan ekg.

#### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Tatalaksana Hipertensi menurut (Triyanto, 2014) yaitu :

##### 1. Penatalaksanaan Farmakologis

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita

bertambah kuat. Pengobatan standar yang diajukan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (*Joint Commite On Detection, Evaluation and Treatment Of High Blood Preasure, USA, 2010*) menyimpulkan bahawa obat diuretik, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat di gunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita. Terapi farmakologis dilakukan dengan pemberian obat-obatan seperti berikut (Triyanto, 2014) :

a. Golongan Diuretik

Biasanya merupakan obat pertama yang diberikan untuk mengobati hipertensi. Diuretik membantu ginjal membuang garam dan air, yang akan mengurangi volume cairan di seluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah. Diuretik juga menyebabkan pelebaran pembuluh darah. Diuretik menyebabkan hilangnya kalium melalui air kemih, sehingga kadang diberikan tambahan kalium atau obat penahan kalium. Diuretik sangat efektif pada orang kulit hitam, lanjut usia, kegemukan, penderita gagal ginjal jantung atau penyakit ginjal menahun.

b. Penghambat Adrenargik

Merupakan sekelompok obat yang terdiri dari *alfa-bloker*, *beta bloker labetol*, yang menghambat efek sistem saraf simpatis. System saraf simpatis adalah sistem saraf yang dengan segera akan memberikan respon terhadap stress, dengan cara meningkatkan tekanan darah. Yang paling sering digunakan adalah *beta-bloker* yang efektif diberikan pada penderita usia muda, penderita yang mengalami serangan jantung.

c. *ACE – inhibitor*

Obat ini efektif diberikan kepada orang kulit putih, usia muda, penderita gagal jantung. *Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-inhibitor)* menyebabkan penurunan tekanan darah dengan cara melebarkan arteri.

d. *Angiotensin-II-Bloker*

Menyebabkan penurunan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang mirip dengan *ACE-inhibitor*.

e. Vasodilator

Menyebabkan melebarnya pembuluh darah. Obat dari golongan ini hampir selalu digunakan sebagai tambahan terhadap obat anti-hipertensi lainnya.

f. Antagonis Kalsium

Menyebabkan melebarnya pembuluh darah dengan mekanisme yang benar-benar berbeda. Sangat efektif diberikan kepada orang kulit hitam, lanjut usia, nyeri dada, sakit kepala (*migren*).

2. Penatalaksanaan Non Farmakologis

Pengobatan secara nonfarmakologi atau lebih dikenal dengan pengobatan tanpa obat-obatan, pada dasarnya merupakan tindakan yang bersifat pribadi atau perseorangan. Pada pengobatan hipertensi tanpa obat-obatan lebih menekankan pada perubahan pola makan dan gaya hidup. Berikut pengobatan nonfarmakologi menurut (Triyanto, 2014):

a. Mengurangi Konsumsi Garam

Garam dapur mengandung 40% natrium. Oleh karena itu, tindakan mengurangi garam juga merupakan usaha mencegah sedikit natrium yang masuk ke dalam tubuh. Mengurangi konsumsi garam pada awalnya memang terasa sulit.

Keadaan ini terjadi karena individu terbiasa dengan makanan berasa asin selama puluhan tahun. Tentu memerlukan usaha yang keras untuk mengurangi garam.

b. Mengendalikan Minum (Kopi Dan Alkohol)

Kopi tidak baik di konsumsi bagi individu dengan hipertensi karena, senyawa kafein dalam kopi dapat memicu meningkatnya denyut jantung yang berdampak pada peningkatan tekanan darah. Minuman beralkohol dapat menyebabkan hipertensi karena, bila di konsumsi dalam jumlah yang berlebihan akan meningkatkan tekanan darah. Pada dasarnya pada penderita hipertensi perlu meninggalkan minuman beralkohol.

c. Mengendalikan Berat Badan

Mengendalikan berat badan dapat dilakukan dengan berbagai cara. Misalnya mengurangi porsi makanan yang masuk kedalam tubuh atau mengimbangi dengan melakukan banyak aktivitas, penurunan 1kg berat badan dapat menyebabkan tekanan darah turun 1 mmHg.

d. Berolah Raga Teratur

Seorang penderita hipertensi bukan dilarang untuk berolahraga, tetapi dianjurkan olahraga secara teratur. Bagi penderita hipertensi semua olahraga baik dilakukan asal tidak menyebabkan kelelahan fisik dan selain itu olahraga ringan yang dapat sedikit meningkatkan denyut jantung dan mengeluarkan keringat.

## **2.2 KONSEP LANSIA**

### **2.2.1 Definisi Lansia**

Lanjut usia merupakan proses alamiah dan berkesinambungan yang mengalami perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia pada jaringan atau organ yang pada akhirnya mempengaruhi keadaan fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan (Fatimah, 2010). Penduduk Lanjut Usia adalah penduduk berumur 60 tahun ke atas (Undang – Undang No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia) (BAPPENAS, 2015). Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan secara bertahap dalam jangka waktu tertentu.

Lanjut Usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas (Harywinoto & Setiabudhi 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 dan hingga akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu.

### **2.2.2 Batasan Usia Lansia**

Menurut badan WHO, usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria yaitu usia pertengahan (Middle Age) usia 45-59 tahun, Lanjut usia (Eldrly) usia 60-74 tahun, Lanjut usia tua (Old) usia 75-90 tahun, dan Usia sangat tua (Very Old) usia diatas 90 tahun. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI membedakan usia lanjut sebagai berikut, pertama yaitu pralansia atau prasenilis adalah seseorang yang berusia antara 45-59 tahun. Kedua, lansia yaitu seseorang yang berusia 60 tahun

atau lebih. Ketiga, lansia risiko tinggi yaitu seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/ usia 60 tahun lebih dengan masalah kesehatan. Keempat, lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang menghasilkan barang atau jasa. Kelima, lansia tidak potensial yaitu lansia yang bergantung pada orang lain.

### **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 mal adaptif, lingkungan tempat tinggal bervariasi (Sunaryo et al., 2016)

### **2.2.4 Tipe Lansia**

Tipe lansia menurut Nugroho dalam (Dewi, 2014) yang dapat dikatakan cenderung rentan mengalami depresi, antara lain :

#### **1. Tipe Tidak Puas**

Tipe lansia yang mengalami konflik batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan lansia banyak menuntut karena selalu merasa kurang, pemarah dan mudah tersinggung. Hal tersebut termasuk salah satu tanda gejala depresi yang diawali ketidakmampuan diri dalam penyesuaian.

#### **2. Tipe Pasrah**

Lansia yang selalu mengikuti situasi sekitar dengan melakukan berbagai jenis kegiatan yang ada disekelilingnya, menerima dan menunggu nasib baik, serta tidak adanya keinginan diri untuk menuangkan bakat dan minatnya, sehingga

lansiantan mengalami depresi.

### 3. Tipe Bingung

Tipe lansia yang kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa kurang, menyesali perbuatan yang lalu sehingga menjadikan lansia pasif dan acuh tak acuh. Hal ini terjadi pada tahap akhir dari semua tanda gejala dimana lansia mulai mengasingkan diri karena merasa tidak berdaya. Beberapa tipe yang disebutkan diatas dialami oleh lansia yang tidak dapat melakukan penyesuaian dalam menghadapi proses menua.

#### **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 (Sunaryo et al., 2016).

#### **2.2.6 Tugas Perkembangan Lansia**

Teori tahap perkembangan menurut Erikson (*Erikson's Development Stage Theory*), tugas perkembangan lansia adalah *ego integrity vs despair*, dimana dalam tahap perkembangan ini, lansia melakukan penilaian terhadap apa yang telah dialami dan dicapai dalam kehidupannya dan mampu menerima apabila terjadi ketidaksesuaian antara tujuan yang diinginkan dengan pencapaiannya, serta keadaan saat ini atau kematian yang akan menjelang, dan jika lansia berhasil menerima dan melewatinya maka lansia akan merasa puas (*ego-integrity*), namun apabila gagal dan tidak mampu menyesuaikan maka lansia akan merasakan keputusasaan (*despair*) (Papalia, et al, dalam (Indri, 2012). Kesiapan lansia dalam beradaptasi terhadap perkembangan usia lanjut tentunya diperlukan untuk



menghindari berada pada fase *despair* atau keputusasaan dengan memahami tugas perkembangan lansia, antara lain :

1. Mempersiapkan diri untuk menghadapi kondisi yang menurun. Penting bagi lansia melakukan penyesuaian terhadap perubahan diri yang dihadapi, agar lansia tidak merasa lemah dan tidak berdaya yang dapat dilakukan dengan caramelakukan aktivitas ringan atau bersosialisasi.
2. Mempersiapkan diri untuk melepas pekerjaannya atau pensiun. Lansia yang tidak dapat menyesuaikan penurunan pendapatan dan tetap mengikutigaya hidup semasa bekerja, maka lansia dapat berisiko mengalami hutang dan gelisah dalam hidupnya.
3. Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya. Kemampuan lansia dalam bersosialisasi di masa tua sangat diperlukan untuk menjaga kemampuan bersosialisasi dan harga diri lansia.
4. Mempersiapkan kehidupan baru. Penting bagi lansia untuk memulai hidup baru dan membiasakan diri beraktivitasesuai kemampuan dirinya.
5. Melakukan adaptasi dengan lingkungan sosial atau masyarakat. Lansia perlu menyesuaikan diri dengan perubahan peran sosial yang dialaminyaagar hubungannya dengan orang lain dan lingkungan di sekitarnya tetap baik.
6. Mempersiapkan diri untuk kematiannya atau kematian pasangannya. Lansia yang tidak siap menghadapi kematiannya atau pendampingnya dapat menyebabkan depresi, untuk itu mendekatan diri pada Tuhan penting bagi lansia.

Kemampuan lansia dalam mengenali tugas perkembangan di usianya tentunya memerlukan pengajaran atau pendidikan sebelumnya, dan hal ini bukanlah sesuatu yang mudah mengingat tidak semua orang memiliki tipe yang peduli terhadap pendidikan di masa usia lanjut. Lanjut usia memiliki beberapa tipe yang digolongkan berdasarkan sikap dan perilakunya.

## **2.3 KONSEP NYERI**

### **2.3.1 Definisi Nyeri**

Sherwood L. pada tahun 2001 menyatakan bahwa nyeri merupakan mekanisme protektif yang bertujuan untuk menimbulkan kesadaran bahwa telah atau akan terjadi kerusakan jaringan (Andarmoyo, 2013). Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik yang multidimensional. Fenomena ini dapat berbeda dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, seperti terbakar, tajam), durasi (transien, intermiten, persisten), dan penyebaran (superfisial atau dalam, terlokalisir atau difus). Meskipun nyeri adalah suatu sensasi, nyeri memiliki komponen kognitif dan emosional, yang digambarkan dalam suatu bentuk penderitaan. Nyeri juga berkaitan dengan reflex menghindar dan perubahan output otonom.

### **2.3.2 Klasifikasi Nyeri**

Menurut (Nanda, 2018) klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut dihubungkan dengan kerusakan jaringan dan durasi yang terbatas setelah nosiseptor kembali ke ambang batas

resting stimulus istirahat. Nyeri akut ini dialami segera setelah pembedahan sampai tujuh hari. Nyeri kronik bisa dikategorikan sebagai malignan atau nonmalignan yang dialami pasien selama 1-6 bulan. Nyeri kronik malignan biasanya disertai kelainan patologis dan terjadi pada penyakit yang life-limiting disease seperti kanker, *endstage organ dysfunction*, atau infeksi HIV. Nyeri kronik kemungkinan mempunyai elemen nosiseptif dan neuropatik. Nyeri kronik nonmalignant (nyeri punggung, migrain, artritis, diabetik neuropati) sering tidak disertai kelainan patologis yang terdeteksi dan perubahan neuroplastik yang terjadi pada lokasi sekitar (dorsal horn pada spinal cord) akan membuat pengobatan menjadi lebih sulit.

### **2.3.3 Fisiologi Nyeri**

Menurut (Meliala, 2013) mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornudorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal. Sedangkan, Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (*midbrain*) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi descending ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis. Untuk Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen.

#### **2.3.4 Faktor yang Memengaruhi 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. Menurut (Andarmoyo, 2013) faktor-faktor tersebut yaitu usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian tingkat, pengaman nyeri, ansietas, kelelahan, dan dukungan keluarga. Pertama, usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak – anak dan lansia. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan di antara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak – anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. 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. Kedua, jenis kelamin Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin ( misal: 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.

Ketiga, yaitu 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. Keempat, makna nyeri 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 member kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan.

Kelima, perhatian Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan ( distraksi ) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Keenam, yaitu ansietas yang terjadi hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas.

Ketujuh, kelelahan merupakan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. 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. Kedelapan, gaya coping sebagai pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat anda merasa kesepian. Apabila klien mengalami nyeri di keadaan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit, klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi itu. Kesembilan, yaitu 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.

### 2.3.5 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 oleh individu yang berbeda. Pengukuran nyeri secara objektif yang paling mungkin adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Menurut (Andarmoyo, 2013) penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa skala yaitu:

a. Skala Deskriptif

Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor Scale, 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”.

b. 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.

c. Skala Analog Visual

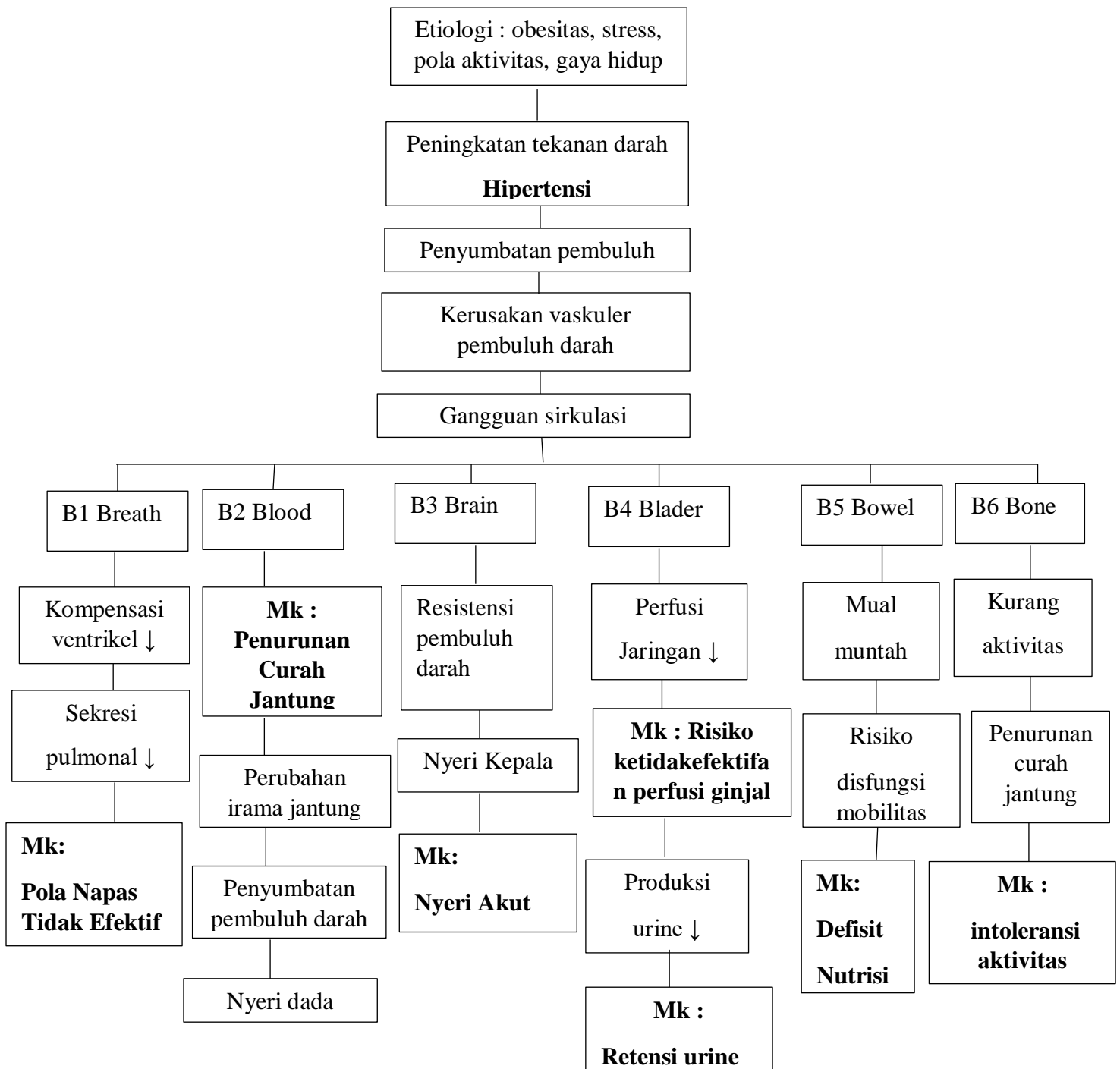
Visual Analog Scale (VAS) merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri.

### **2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri**

Penatalaksanaan nyeri menurut (Utara,2013) dapat dilakukan dengan cara pendekatan farmakologis dan non farmakologis. Untuk pendekatan farmakologis bisa dilakukan dengan terpi analgetik Opioid (narkotik), nonopioid/NSAIDs (Nonsteroid Anti- Inflammation Drugs) dan adjuvant, ko- Analgesik. Sedangkan, pendekatan non farmakologis yang dilakukan biasanya mempunyai resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti untuk obat-obatan,tindakan tersebut mungkin diperlukan atau tidak sesuai untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit. Dalam hal ini terutama saat nyeri hebat yang berlangsung berjam-jam atau sehari-hari,mengkombinasikan teknik non farmakologis dengan obat-obatan mungkin cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri.



## 2.4 WOC (Web Of Coution)



Gambar 2.2 WOC Hipertensi

## **2.5 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

### **2.5.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Iyer et al., 1996 dalam buku (Nursalam, 2008)

#### **1. Identitas**

##### **a. Umur dan jenis kelamin**

Penderita hipertensi secara umum lebih banyak pria (muda dan setengah baya) dibandingkan dengan wanita seusianya. Namun, pada rentang usia 55-64 tahun, resikonya menjadi hampir sama besar antara pria dan wanita. Bahkan setelah berusia 65 tahun, jumlah wanita penderita hipertensi justru lebih banyak dibandingkan dengan kaum pria (Lee dan Smith, 2009).

##### **b. Pendidikan**

Penderita hipertensi secara umum lebih banyak pada kalangan yang berpendidikan SMA/Sederajat, Diploma, dan Sarjana. Hal itu karena tingkat pendidikan yang tinggi dan gaya hidup yang cenderung mewah sehingga konsumsi makanan pun juga berpengaruh terhadap kejadian hipertensi (Hayati, 2014)

##### **c. Pekerjaan dan Penghasilan**

Pekerjaan sebelum pensiun/berhenti bekerja perlu dikaji. Tidak semua pekerjaan apalagi yang bukan pegawai akan dapat uang pensiun. Selain itu

jumlah uang pensiunan juga dapat mempengaruhi tingkat stress dan depresi (semakin rendah jumlah uang pensiun yang diterima maka semakin tinggi tingkat stress dan depresi). Sehingga dapat menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan darah (Kurniasih & Setiawan, 2013).

## 2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan pasien pada saat ini. Pada klien yang menderita hipertensi biasanya mengeluh nyeri kepala atau rasa berat di tengkuk (Black & Hawks, 2014)

b. Status Kesehatan Sekarang Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan pasien pada saat ini. Biasanya klien penderita hipertensi pada saat beraktivitas mendapat serangan nyeri kepala, mual-muntah, sesak napas dan pandangan menjadi kabur (Udjianti, 2010).

## 3. Pengkajian yang dapat dilakukan pada lansia dengan masalah hipertensi menurut (Sya'diyah, 2018) yaitu :

### a. Aktifitas/istirahat

Gejala : Kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton

Tanda : Frekwensi jantung meningkat, perubahan irama jantung

### b. Sirkulasi

Gejala : riwayat hipertensi, penyakit jantung koroner

Tanda : kenaikan tekanan darah, takikardi, disaritmia

### c. Integritas ego

Gejala : ansietas, depresi, marah kronik, faktor-faktor stress.

Tanda : letupan suasana hati, gelisah, otot mulai tegang Eliminasi Riwayat penyakit ginjal, obstruksi

d. Makanan/cairan

Gejala : Makanan yang disukai (tinggi garam, tinggi lemak. Tinggi kolestrol), mual, muntah, perubahan berat badan (naik/turun), riwayat penggunaan diuretik

Tanda : Berat badan normal atau obesitas, adanya oedem

e. Neurosensori

Gejala : Keluhan pusing berdenyut, sakit kepala sub oksipital, gangguan penglihatan

Tanda : Status mental, orientasi, isi bicara, proses berpikir, memori, perubahan retina optik

f. Respon motorik : Penurunan kekuatan genggam tangan

g. Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala : Angina, nyeri hilang timbul pada tungkai, nyeri abdomen/massa

h. Pernafasan

Gejala : Dispnea yang berkaitan dengan aktifitas/kerja, takipnea, batuk dengan/tanpa sputum, riwayat merokok

### 2.5.2 Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah SDKI D.0009  
Hal.37
2. Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis SDKI D.0077 Hal. 172
3. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan fisik SDKI D.0056 Hal.12
4. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar sumber informasi SDKI D.0111 Hal.24

### 2.5.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Konsep Intervensi Keperawatan Hipertensi.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)
1.	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah SDKI D.0009 Hal.37	<p>Berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan tekanan darah/beban kerja jantung.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan tekanan darah dalam rentang yang dapat diterima.</li> <li>2. Memperlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil dalam rentang normal pasien.</li> </ol>	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer(mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angle brachial index)</li> <li>2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi</li> <li>6. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>7. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>8. Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>9. Lakukan hidrasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Anjurkan berhenti merokok</li> <li>11. Anjurkan berolahraga rutin</li> <li>12. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</li> <li>13. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah,</li> </ol>

			<p>antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu</p> <p>14. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>15. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</p> <p>16. Anjurkan melahkukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>17. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler</p> <p>18. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega3)</p> <p>19. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</p>
2.	<p>Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis SDKI D.0077 Hal. 172</p>	<p>Melaporkan nyeri/ketidnyamanan hilang terkontrol. Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan.</li> <li>2. Mengurangi regimen farmakologi yang diresepkan.</li> </ol>	<p>Terapi Relaksasi (I. 09326)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasiteknik relaksai yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</li> <li>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>5. Monitor respon terhadap terapi relaksai</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan</li> </ol>

			<p>pencahayaannya dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>8. Gunakan pakaian longgar</li> <li>9. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>10. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan nalgolik atau tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Jelaskan tujuan manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>12. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>13. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>14. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>15. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> <li>16. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</li> </ol>
3.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan fisik SDKI D.0056 Hal.12	<p>Berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/diperlukan.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.</li> <li>2. Penurunan dalam tanda-tanda intoleransi fisiologi.</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (I. 05178)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol>

			<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>6. Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>7. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</li> <li>8. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Anjurkan tirah baring</li> <li>10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</li> </ol>
4.	<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar sumber informasi</p> <p><b>SDKI D.0111 Hal.244</b></p>	<p>Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan regimen pengobatan.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>Mengidentifikasi efek samping obat dan kemungkinan komplikasi yang perlu diperhatikan.</p> <p>Mempertahankan tekanan darah dalam parameter</p>	<p><b>Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Terapeutik</li> <li>3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>5. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>6. Gunakan variasi mode pembelajaran</li> <li>7. Gunakan pendekatan promosi kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan</li> </ol>



			<p>hambatan dari lingkungan, sosial serta budaya.</p> <p>8. Berikan pujian dan dukungan terhadap usaha positif dan pencapaiannya</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>9. Jelaskan penanganan masalah kesehatan</p> <p>10. Informasikan sumber yang tepat yang tersedia di masyarakat</p> <p>11. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan</p> <p>12. Anjurkan menentukan perilaku spesifik yang akan diubah (mis. keinginan mengunjungi fasilitas kesehatan)</p> <p>13. Ajarkan mengidentifikasi tujuan yang akan dicapai</p> <p>14. Ajarkan program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari</p>
--	--	--	---

## 2.6 LITERATUR REVIEW

Tabel 2.3 literatur review.

No.	Judul	Jurnal, Tahun, dan Nama Peneliti	Hasil Temuan
1.	Efektifitas <i>Slow Stroke Back Massage</i> (Ssbm) Dalam Menurunkan Skala Nyeri Kepala Pasien Hipertensi Di Rumah Sakit Mitra Siaga Tegal.	<i>Community of Publishing In Nursing (COPING)</i> , Volume 8, Nomor 2, Agustus 2020 Purwani Istyawati, Dwi Budi Prastiani, Arif Rakhman.	<i>Slow Stroke Back Massage</i> (SSBM) merupakan salah satu teknik stimulasi kutaneus, dimana SSBM merupakan salah satu tindakan masase pada punggung dengan usapan yang perlahan selama 10 sampai 30 menit dengan usapan 12-15 kali permenit, dengan kedua tangan menutup area selebar 5 cm diluar tulang belakang yang dimulai pada bagian tengah punggung bawah kemudian kearah atas area belahan bahu kanan dan kiri. Dalam penelitian ini dari 18 responden semuanya mengalami penurunan skala nyeri setelah diberikan <i>Slow Stroke Back Massage</i> (SSBM). Namun penurunan skala nyeri yang dirasakan masing-masing responden tidaklah sama, walaupun dalam memberikan tindakan SSBM menggunakan teknik dan stimulus sama terhadap masing-masing responden. Hal ini disebabkan setiap responden dalam menyikapi respon nyeri berbeda-beda (Istyawati et al., 2020).
2.	Pengaruh Terapi Relaksasi Otot Progresif terhadap Respon Fisiologis Pasien Hipertensi	Jurnal Kesehatan Volume 10, Nomor 1, April 2019 Ni Luh Putu Ekarini, Heryati,	Pada orang dengan riwayat hipertensi, latihan ini merupakan salah satu teknik pengobatan <i>non</i> farmakologi yang bisa dikombinasi dengan pengobatan medis. Adanya perbedaan tekanan darah diastolik pada

		Raden Siti Maryam	kelompok intervensi dan kontrol bisa disebabkan karena adanya sedikit perbedaan perlakuan pada kedua kelompok. Pada kelompok kontrol hanya dilakukan latihan napas dalam sementara pada kelompok intervensi latihan napas dalam dipadukan dengan latihan relaksasi otot progresif sehingga tekanan darah diastolik juga bisa berbeda. Tekanan diastolik ini dihasilkan pada saat darah melewati katup atrioventrikular trikuspidalis dan bikuspidalis. Tekanan darah sistol yang dihasilkan saat darah melewati katup pulmonalis dan aorta tidak ada perbedaan karena darah yang dialirkan menuju ke paru-paru dan seluruh tubuh (Luh et al., 2019).
3.	Penerapan Kompres Hangat Terhadap Nyeri Pada Pasien Hipertensi Di Kota Metro	Jurnal Cendikia Muda Volume 1, Nomor 1, Maret 2021  Edo Kurnia Adi Gumiwang, Janu Purwono, Sapti Ayubbana.	Kompres hangat dapat menurunkan nyeri dikarenakan dapat memberikan efek menurunkan spasme otot pada pembuluh darah, melancarkan sirkulasi darah dan menstimulasi pembuluh darah, mengurangi rasa sakit atau nyeri dan peradangan. Pada penelitian yang dilakukan pada jurnal tersebut didapatkan hasil bahwa karakteristik nyeri pada subyek setelah penerapan tentang kompres hangat pada penyakit hipertensi menunjukkan hasil penurunan nyeri (skala nyeri 4 menjadi skala nyeri 2 yang dikategorikan nyeri ringan) (Kurnia et al., 2021)

4.	<i>Review Literatur</i> : Hidroterapi Menurunkan Tekanan Darah Klien Hipertensi	Jurnal Ilmu Keperawatan : Journal of Nursing Science Vol. 9, No. 2, November 2021, hlm. 178-186  Yasmina Izzat, Muhamad Jauhar, Fajar Surachmi	Prosedur hidroterapi dapat dilakukan oleh berbagai rentang usia dan kategori hipertensi. Dari kajian literatur review 10 jurnal ini didapatkan informasi bahwa hidroterapi dapat diterapkan dari usia 20 tahun sampai 85 tahun dengan klasifikasi tekanan darah normal sampai hipertensi derajat II. Mengenai penerapan pada lansia, beberapa penelitian menggunakan lansia sebagai responden, terbukti efektif dalam mengontrol tekanan darah. Penurunan tekanan darah melalui hidroterapi terjadi secara konduksi. Konduksi yaitu perpindahan suhu hangat atau panas dari air ke dalam tubuh akan memberikan efek vasodilatasi pada pembuluh darah. Otot-otot yang tegang akan relaksasi sehingga peredaran darah dalam pembuluh darah menjadi lancar. Aliran pembuluh darah yang lancar akan mendorong aliran darah masuk menuju jantung secara optimal sehingga tekanan darah sistolik menurun. Pada tekanan darah diastolik, ventrikular isovolumik mengalami relaksasi, sehingga tekanan darah di area ventrikel akan menurun. Selain itu, suhu air hangat meningkatkan kelenturan jaringan otot ikat, struktur otot, sehingga mengurangi nyeri, dan memberikan pengaruh fungsi jantung dan paru-paru (Izzat et al., 2021).
----	---	--	---

5.	Aplikasi Pemberian Terapi Relaksasi Autogenik Terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Akut Pasien Hipertensi.	Jurnal IJPN Vol. 3, No.1 Juni 2022  Dian Wardani, Prasanti Adriani.	Terapi relaksasi autogenik adalah terapi yang bersumber dari diri pasien sendiri dan kesadaran tubuh dengan mengendalikan ketegangan otot dan hati. Terapi relaksasi autogenic yang diberikan pada pasien hipertensi selama kurang lebih 10 menit terbukti efektif memberikan dampak fisiologis, dimana pasien akan merasakan kenyamanan, ketegangan otot menurun, dan dapat mengurangi gejala stress. Dari hasil penelitian yang dilakukan pada jurnal tersebut menunjukkan bahwa nyeri akut yang dirasakan oleh Ny A teratasi sebagian terlihat dari adanya penurunan skala nyeri yang diungkapkan oleh Ny A setelah diberikan manajemen nyeri dengan terapi relaksasi autogenik (Wardani & Adriani, 2022).
----	--	---	---

Kesimpulan yang didapatkan berdasarkan review kelima jurnal tersebut yaitu salah satu tanda dan gejala dari meningkatnya tekanan darah yaitu nyeri kepala. Nyeri kepala ini dikategorikan sebagai nyeri kepala intrakranial yaitu jenis nyeri diduga akibat dari terjadinya *vascular* yang *abnormal*. Selain pengobatan farmakologis, manajemen nyeri kepala pada penderita hipertensi bisa diatasi dengan teknik nonfarmakologis. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Istyawati et al., 2020) dari 18 responden semuanya mengalami penurunan skala nyeri setelah diberikan *Slow Stroke Back Massage* (SSBM). Penelitian lain juga dilakukan untuk tindakan manajemen nyeri yaitu terapi relaksasi otot progresif. Pada orang dengan riwayat hipertensi, latihan ini merupakan salah satu teknik pengobatan *non* farmakologi yang bisa dikombinasi dengan pengobatan medis (Luh et al., 2019).

Upaya lain juga disebutkan dalam penelitian yang dilakukan oleh (Kurnia et al., 2021) bahwa karakteristik nyeri pada subyek setelah penerapan tentang kompres hangat pada penyakit hipertensi menunjukkan hasil penurunan nyeri (skala nyeri 4 menjadi skala nyeri 2 yang dikategorikan nyeri ringan) dalam hal ini dikatakan bahwa teknik kompres hangat efektif sebagai manajemen nyeri kepala pada hipertensi. Menurut penelitian (Izzat et al., 2021) hidroterapi terbukti efektif dalam mengontrol tekanan darah. Selain itu, suhu air hangat meningkatkan kelenturan jaringan otot ikat, struktur otot, sehingga mengurangi nyeri, dan memberikan pengaruh fungsi jantung dan paru-paru. Penelitian lain untuk manajemen nyeri kepala yaitu teknik terapi relaksasi autogenic yang diberikan pada pasien hipertensi selama kurang lebih 10 menit terbukti efektif memberikan dampak fisiologis, dimana pasien akan merasakan kenyamanan, ketegangan otot menurun, dan dapat mengurangi gejala stress. Dari hasil penelitian yang dilakukan pada jurnal tersebut menunjukkan bahwa nyeri akut yang dirasakan oleh Ny A teratasi sebagian terlihat dari adanya penurunan skala nyeri yang diungkapkan oleh Ny A setelah diberikan manajemen nyeri dengan terapi relaksasi autogenik (Wardani & Adriani, 2022).

## **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 2021 sampai dengan tanggal 15 Januari 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 13 Januari 2021 pukul 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan data 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 67 tahun dan beragama Islam. Pasien sudah pernah menikah namun sudah janda karena suami telah meninggal. Pendidikan terakhir Ny.S SMA. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama  $\pm$  2 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Tidak ada pihak keluarga yang bisa dihubungi. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai buruh pabrik di daerah Surabaya.

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

1. Keluhan Utama : Pusing
2. Keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir : Ny.S mengatakan tidak ada keluhan.
3. Penyakit Saat ini : Hipertensi

##### **3.1.3 Status Fisiologis**

1. Postur tulang belakang Ny. S yaitu membungkuk.
2. Tanda-tanda vital dan status gizi

Suhu : 36,5°C , tekanan darah: 150/90 mmHg ,Nadi : 101 x/menit

Respirasi: 20 x/menit, Berat Badan : 70 kg, Tinggi badan : 160 cm

#### **3.1.4 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 rontok sedikit. Keluhan pusing

##### 2. Mata

Pada Ny.S konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan sedikit 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 pucat, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan, gigi masih utuh.

##### 5. Telinga

Pada Ny. S kebersihan telinga baik, tidak terdapat serumen berlebih, tidak ada peradangan dan respon terhadap bunyi masih baik.

##### 6. Leher

Kadang terasa kaku, saat pusing dan tekanan darahnya naik, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.



## 7. Dada

Pada Ny. S bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing, tidak terdapat nyeri dada.

## 8. Abdomen

Pada Ny. S bentuk perut normal, tidak terdapat nyeri tekan, bising usus 12 x/menit, 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. Ekstermitas

Pada Ny. S ditemukan kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/4444. Tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, Reflek Bisep +/+, reflek trisep +/+.

## 11. Integumen

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

## 12. Sistem Neurologis

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

Pengkajian nyeri :

P : Nyeri di daerah kepala

Q : terasa senut-senut sampai kaku di daerah leher

R : Nyeri pada kepala

S : Skala 3 (0-10)

T : Saat kurang tidur

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

NII : Lapang pandang +/+

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

NV : Reflek kornea langsung

NVII : Pasien dapat mendengarkan suara gesekan jari pada kedua telinga.

NIX, NX : Gerakan ovula simetris, reflek menelan +

NXI : Sternokleidomastoid terlihat

NXII : Lidah simetris.

### **3.1.5 Pengkajian Keseimbangan Lansia**

Ny. S pasien dengan resiko jatuh rendah.

### **3.1.6 Pengkajian Psikososial**

Hubungan dengan Ny. S dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Hubungan dengan Ny. S orang lain di panti hanya Sebatas kenal karena Ny. S jarang pergi jauh dari kamarnya. Kebiasaan Ny. S selalu berinteraksi dengan orang disekitarnya. Stabilitas emosi Ny. S Stabil .

### **3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

Pada Ny. S ditemukan data bahwa pasien pernah terjatuh karena terpleset di satu tahun yang lalu dan menyebabkan cedera pada kaki kanannya. Ny. S makan

3x/hari dengan porsi habis. Ny. S minum  $\pm$  1800 cc/hari. Ny. S mengatakan tidur teratur mulai pukul 21.00 WIB dan selalu terbangun pada pukul 04.00 WIB dan mandi lalu sholat subuh rutin dan tidak tidur siang. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk atau didepan kamar atau menonton tv bersama. Frekuensi BAB Ny. S yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari. Ny.S mandi 2 x/ hari tanpa bantuan. Memakai lotion, minyak kayu putih, bedak setelah mandi dan Ganti baju 1x/hari.

### **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 UPTD Griya Wreda Jambangan tidak terdapat peternakan namun perikanan. Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 m<sup>2</sup>, ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah ( mushola).

### 3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa penanggulangan bencana dan kebakaran.

Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan rata.

### 4. Komunikasi

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

### 3.1.9 Status Nutrisi

Tabel 3.1 Status Nutrisi

No	Indicators	score	Pemeriksaan
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	0
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	0
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	0
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	0
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	0
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
	<b>Total score</b>		2

Interpretasi:

0 – 2 : Good

3 – 5 : Moderate nutritional risk

6 ≥ : High nutritional risk

Dari hasil penkajian determinan status nutrisi pada lansia didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 2 yang berarti Ny.s merupakan kategori yang baik dalam status nutrisi.

### 3.1.10 Indeks Barthel

Tabel 3.2 tabel *indeks barthel*

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor
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	10
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
Total Skor				95

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 95 yang berarti Ny.S termasuk dalam kategori ketergantungan sedang.

### 3.1.11 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

Tabel 3.3 Tabel Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

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

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 0. Ny. S termasuk dalam kategori fungsi intelektual utuh.

### 3.1.12 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE

Tabel 3.4 Tabel MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : Tahun : <u>2022</u> Hari : <u>Kamis</u> Musim : <u>Panas</u> Bulan : <u>Januari</u> Tanggal : <u>13</u>
2	Orientasi	5	4	Dimana sekarang kita berada ? Negara: <u>Indonesia</u> Panti : <u>UPTD Griya Wreda</u> Propinsi: <u>Jawa Timur</u> Wisma : <u>Tidak Tahu</u> Kabupaten/kota : <u>Surabaya</u>
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	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudiankurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 (✓)    2). 86 (✓) 3). 79 (✓) 4). 72(✓)    5). 65 (✓)
5	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)

6.	Bahasa	9	9	<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut).</p> <p>1). <u>B</u>otol <u>m</u>inum</p> <p>2). <u>B</u>antal</p> <p>3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi )</p> <p>Klien menjawab : tidak ada, dan, jika, atau tetapi</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri3 langkah.</p> <p>4). Ambil kertas ditangan anda (√)</p> <p>5). Lipat dua (√)</p> <p>6). Taruh dilantai (√)</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin.</p> <p>7). “Tutup mata anda” (√)</p> <p>8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat (√)</p> <p>9). danMenyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p> 
Total nilai		30	29	

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 29 yang berarti Ny.S termasuk dalam kategori tidak ada gangguan kognitif.



### 3.1.13 Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi

Tabel 3.5 Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	0
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	0
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	0
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	0
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	0
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	0
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	0
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>				2

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 2 yang berarti Ny.S termasuk dalam kategori tidak depresi

### 3.1.14 APGAR Keluarga

Tabel 3.6 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	ADAPTATION	2
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	2
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	2
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	2
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	2
<b>Kategori Skor:</b> Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). Selalu : skore 2). Kadang-kadang : 1 3). Hampir tidak pernah : skore 0 <b>Intepretasi:</b> < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik		TOTAL	10

*Smilkstein, 1978 dalam Gerontologic Nursing and health aging 2005*

Dari hasil pengkajian fungsi sosial pada lansia menggunakan APGAR Keluarga didapatkan hasil bahwa total skor Ny.S adalah 10. Dalam hal ini Ny.S termasuk dalam kategori disfungsi yang baik.

### 3.2 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.7 Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Vit B complex	1x1	Memenuhi kebutuhan vit B komplek
Amplodipin 5mg	1x1	Menurunkan tekanan darah

### 3.3 Analisa Data

Tabel 3.8 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p><b>DS :</b> Ny.S mengatakan pusing atau nyeri kepala P : Nyeri di daerah kepala Q : terasa senut-senut sampai kaku di daerah leher R : Nyeri pada kepala S : Skala 3 (0-10) T : Hilang Timbul</p> <p><b>DO :</b> -Ny.S terlihat menyeringai -TD : 150/90 mmHg -N: 101 x/m</p>	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut  (SDKI, D0077 hal 172)
2.	<p>Faktor risiko : Hipertensi, Obesitas</p> <p><b>DO :</b> -TD : 150/90mmHg, -N : 101 x/m -TB : 160cm -BB: 70kg</p>	-	Risiko perfusi miokard tidak efektif (SDKI D. 0014, Hal 46)
3	<p>Faktor risiko usia :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt;65 tahun, riwayat jatuh, kekuatan otot menurun</li> <li>- Usia Ny.S 67 tahun</li> </ul> <p><b>Do :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan Otot Menurun : 5555 5555</li> <li>5555 4444</li> <li>- Ketidakseimbangan dalam berjalan</li> </ul>	-	Risiko Jatuh (SDKI, D.0129, Hal: 282)

### 3.4 Prioritas Masalah

Tabel 3.9 Prioritas Masalah

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis (SDKI D0077 hal 172 )	13/01/2022		Tyr
2.	Risiko perfusi miokard tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi (SDKI D. 0014, Hal 46)	13/01/2022		Tyr
3.	Risiko Jatuh d.d faktor risiko usia >65 tahun, riwayat jatuh, kekuatan otot menurun (SDKI, D.0129, Hal: 282)	13/01/2022		Tyr

### 3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.10 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis (SDKI D0077 hal 172 )	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi 60-90x/menit  (SLKI L.08066)	Manajemen Nyeri  <i>Observasi</i> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri  <i>Terapeutik</i> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Berikan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (distraksi, relaksasi nafas dalam).  <i>Edukasi</i> 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Ajarkan tehnik non farmakologi untuk meredakan nyeri  (SIKI 1.08238)	1. Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan. 2. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien. 3. Mengalihkan dan memenuhi kebutuhan istirahat pasien. 4. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana 5. Membantu pasien mengatasi saat rasa nyeri muncul 6. Memandirikan pasien dalam mengatasi rasa ketidaknyamannya.

2.	<p>Risiko perfusi miokard tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi (SDKI D.0014, Hal 46).</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi miokard Ny.S meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah membaik</li> <li>2. Tekanan arteri rata-rata membaik</li> <li>3. Takikardi berkurang</li> <li>4. Denyut nadi radial membaik</li> </ol> <p>(SLKI, L.02011 Hal 83)</p>	<p>Perawatan Jantung</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema)</li> <li>2. Identifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (palpitasi, batuk, kulit pucat)</li> <li>3. Monitor tekanan darah</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fasilitasi pasien untuk modifikasi gaya hidup sehat</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> </ol> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kolaborasi pemberian antiaritmia</li> </ol> <p>(SIKI I.02075)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mencegah terjadinya penurunan curah jantung</li> <li>2. Untuk mencegah terjadinya penurunan curah jantung</li> <li>3. Untuk menjaga kestabilan tekanan darah agar perfusi miokard dapat meningkat</li> <li>4. Untuk menjaga kerja jantung</li> <li>5. Dalam kondisi stress, jantung akan berdetak lebih cepat</li> <li>6. Untuk menjaga kerja jantung</li> </ol>
3.	<p>Risiko Jatuh d.d faktor risiko usia &gt;65 tahun, riwayat jatuh, kekuatan otot menurun. (SDKI,D.0129, Hal: 282)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan ambulasi meningkat dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berjalan dengan langkah yang efektif meningkat</li> <li>2. Berjalan dengan langkah yang pelan menurun</li> <li>3. Berjalan dengan langkah yang cepat meningkat</li> <li>4. Kaku pada persendian menurun</li> </ol> <p>(SLKI L.05038 Hal 16)</p>	<p>Pencegahan jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan</li> </ol> <p>(SIKI, I.14540, Hal. 279)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenal keadaan lingkungan sekitar yang berkontribusi terhadap resiko jatuh.</li> <li>2. Membantu pasien untuk berjalan dengan langkah yang menetap/ mempertahankan keseimbangan diri dengan mencegah terjadinya kaki terkilir.</li> <li>3. Latihan berjalan dapat meningkatkan keamanan dan keefektifan untuk berjalan</li> </ol>

### 3.6 Implementasi

Tabel 3.11 Implementasi

Tgl & Jam	Nomor Dx	Tindakan Keperawatan	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
13/01/2022 08.00 WIB	1,2,3	– Membina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam, memperkenalkan diri, dan mendengar keluhan klien. Respon : Ny. S mengeluh pusing, kepalanya terasa berat, dan leher terasa kaku.	13/01/2022 14.00 WIB	Dx 1 : S: Ny.S masih pusing dan kaku pada leher P: Nyeri di daerah kepala Q: terasa senut-senut sampai kaku di daerah leher R : Kepala S: Skala 3 (0-10) T : Hilang Timbul O: – TD: 140/80 mmHg – N : 100 x/m	<b>TYR</b>
08.30 WIB	1,2,3	– Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg, N : 101 x/m, S:36°C, RR : 20x/m			
08.40 WIB	1	– Mengidentifikasi skala nyeri Respon : skala yang dirasakan 3			
08.50 WIB	1	– Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. P : Nyeri di daerah kepala Q : terasa senut-senut sampai kaku di daerah leher R : Nyeri kepala S : Skala 3 (0-10) T : Hilang Timbul		A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,6	<b>TYR</b>
09.00 WIB	3	– Mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung Respon: Ny. S tidak mengalami tanda dan gejala primer penurunan curah jantung.		Dx 2 : S : - O : – TD: 140/80 mmHg – N : 100 x/m A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi no 1,2,3	
09.20 WIB	3	– Mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung Respon: Tn. S tidak mengalami tanda gejala sekunder penurunan curah jantung		Dx : 3 S : Ny.S mengatakan cara berjalannya masih bisa seimbang tetapi berhati-hati	<b>TYR</b>
09.30 WIB	2	– Memberikan terapi amlodipine 5mg		O : Saat berjalan tampak tidak seimbang	
09.50 WIB	1	– Mengajarkan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (distraksi, relaksasi nafas dalam. Respon : Ny.S mampu memahami cara teknik relaksasi untuk meredakan nyeri		A : Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1,2,3	
10.00 WIB	3	– Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Hasil : Ny.S sering beraktivitas di			

10.15 WIB	3	<p>kamar mandi seperti mandi dan mencuci secara mandiri. Lantai kamar mandi yang licin dapat meningkatkan risiko jatuh.</p> <p>Menganjurkan untuk tidak menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>Hasil : Ny.S sudah memakai sandal yang alasnya tidak licin.</p>			
11.30 WIB	3	<p>Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan</p> <p>Hasil : Ny.S sudah mengerti untuk berkonsentrasi ketika mobilisasi berjalan.</p>			
12.00 WIB	1,2,3	<p>Memberikan fasilitas tidur</p>			



Tgl & Jam	Nomor Dx	Tindakan Keperawatan	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
14/01/ 2022 13.00 WIB 14.30 WIB 15.30 WIB	1,2,3  1  1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 130/90 mmHg, N : 98 x/m, S:36°C, RR : 20x/m</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri Respon : skala yang dirasakan 2</li> <li>Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. P : Nyeri di daerah kepala Q : terasa senut-senut sampai kaku di daerah leher R : Kepala S : Skala 3 (0-10) T : Hilang Timbul</li> </ul>	14/01/ 2022 21.0 0 WI B	<p>Dx 1 :</p> <p>S: Ny. S nyeri kepala sudah berkurang P: Nyeri di daerah kepala Q: terasa senut-senut sampai kaku di daerah leher R : Kepala S: Skala 2 (0-10) T : Hilang Timbul</p> <p>O: - TD: 135/70 mmHg - N : 89 x/m</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi no. 2,3,6</p>	<b>TYR</b>
15.50 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung Respon: Ny. S tidak mengalami tanda dan gejala primer penurunan curah jantung.</li> </ul>	Dx 2 :	<b>TYR</b>	
16.00 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung Respon: Tn. S tidak mengalami tanda gejala sekunder penurunan curah jantung</li> </ul>	<p>O: - TD: 135/70 mmHg - N : 89 x/m</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6</p>		
16.20 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (distraksi, relaksasi nafas dalam. Respon : Ny.S mampu memahami cara teknik relaksasi untuk meredakan nyeri</li> </ul>			<b>TYR</b>
17.00 WIB	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Hasil : Ny.S sering beraktivitas di kamar mandi seperti mandi dan mencuci secara mandiri.</li> </ul>		<p>Dx : 3 S : Ny.S mengatakan cara berjalannya masih bisa seimbang tetapi berhati-hati O : Saat berjalan tampak tidak</p>	

17.05 WIB	3	<p>Lantai kamar mandi yang licin dapat meningkatkan risiko jatuh.</p> <p>Menganjurkan untuk tidak menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>Hasil : Ny.S sudah memakai sandal yang alasnya tidak licin.</p>		<p>seimbang</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 2,3</p>	
17.20 WIB	3	<p>Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan</p> <p>Hasil : Ny.S sudah mengerti untuk berkonsentrasi ketika mobilisasi berjalan.</p>			
21.00 WIB	1,2,3	<p>Memberikan fasilitas tidur</p>			

Tgl & Jam	Nomor Dx	Tindakan Keperawatan	Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
15/01/2022 08.00 WIB	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 130/70 mmHg, N : 85 x/m, S:36°C, RR : 20x/m</li> </ul>	15/01/2022 21.00 WIB	<p>Dx 1 :</p> <p>S: Ny. S nyeri kepala sudah berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 130/70 mmHg</li> <li>N : 85 x/m</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	<b>TYR</b>
08.10 WIB	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Hasil : Ny.S mengatakan nyeri sudah berkurang</li> </ul>			
08.30 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung Respon: Ny. S tidak mengalami tanda dan gejala primer penurunan curah jantung.</li> </ul>		<p>Dx 2 :</p> <p>S: Ny. S mengatakan pusing sudah berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 130/70 mmHg</li> <li>N : 85 x/m</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6</p>	<b>TYR</b>
08.50 WIB	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung Respon: Tn. S tidak mengalami tanda gejala sekunder penurunan curah jantung</li> </ul>			
09.00 WIB	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Hasil : Ny.S sering beraktivitas di kamar mandi seperti mandi dan mencuci secara mandiri. Lantai kamar mandi yang licin dapat meningkatkan risiko jatuh.</li> </ul>		<p>Dx : 3</p> <p>S :</p> <p>Ny.S mengatakan cara berjalannya masih bisa seimbang tetapi berhati-hati</p> <p>O :</p> <p>Saat berjalan tampak tidak seimbang</p> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 2,3</p>	<b>TYR</b>
09.10 WIB	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan untuk tidak menggunakan alas kaki yang tidak licin Hasil : Ny.S sudah memakai sandal yang alasnya tidak licin.</li> </ul>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan Hasil : Ny.S sudah mengerti</li> </ul>			

12.00 WIB	1,2,3	– untuk berkonsentrasi ketika mobilisasi berjalan. – Memberikan fasilitas tidur			
--------------	-------	--	--	--	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan hipertensi di UPTD Griya Wreda 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 UPTD Griya Wreda 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 data 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 berjenis kelamin perempuan, berusia 67 tahun. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama  $\pm$  2 tahun. Hipertensi atau tekanan darah tinggi menjadi penyakit yang sering diderita oleh lansia. Menurut (Suryonegoro et al., 2021) pada wanita peningkatan risiko hipertensi terjadi secara signifikan saat memasuki masa menopause. Hal ini dikarenakan peningkatan risiko dalam aterosklerosis yang pada akhirnya dapat menyebabkan

hipertensi, dikarenakan estrogen memiliki peran penting dalam angka kejadian penyakit hipertensi pada wanita menopause.

#### **4.1.2 Riwayat Kesehatan**

##### **1. Keluhan Utama**

Didapatkan data bahwa Ny. S mengeluh pusing. Gejala umumnya yang dirasakan mengganggu pada penderita hipertensi adalah sakit kepala dan pusing. Hal ini sesuai dengan pengkajian yang didapatkan pada Ny. S. Menurut (Sjahrir, 2008) nyeri kepala pada pasien hipertensi terjadi ketika serat afferent primer menginervasi meningeal atau pembuluh darah serebral aktif, kebanyakan dari serat nociceptive dilokasikan didalam bagian pertama dari ganglion trigeminal atau ganglia servikal atas. Rangsangan terhadap struktur nyeri dibawah tentorium radiks servikalis bagian atas dengan cabang-cabang saraf perifer menimbulkan nyeri pada daerah belakang, pada area oksipital, area sub-oksipital dan servikal bagian atas. Rasa nyeri ini ditransmisi oleh saraf cranial IX, X dan spinal C1, C2, C3. Oksipitalis mayor akan menyalurkan nyerinya kefrontal pada sisi ipsilateral. Input eksteroseptif dan nosiseptif dari reflex trigeminoservikal ditransmisikan melalui jalur polisinaptik, mencapai motor neuron servikal, bahwa nyeri didaerah leher dapat dirasakan atau diteruskan kearah kepala dan sebaliknya.

##### **2. Riwayat penyakit kesehatan**

Selain hipertensi Ny. S riwayat jatuh satu tahun yang lalu yang menyebabkan ekstremitas kaki sebelah kanan pasien terbatas. Geriatri sangat rentan terhadap berbagai penyakit akut, yang diperberat dengan kondisi daya tahan yang menurun. Kesehatan geriatri juga sangat dipengaruhi oleh faktor psikis, sosial dan ekonomi. Pada geriatri seringkali terjadi penyakit iatrogenik, akibat banyak obat-

obatan yang dikonsumsi (polifarmasi). Terdapat banyak faktor yang berperan untuk terjadinya instabilitas dan jatuh pada orang usia lanjut. Berbagai faktor tersebut dapat diklasifikasikan sebagai faktor intrinsik (faktor risiko yang ada pada pasien) dan faktor risiko ekstrinsik (faktor yang terdapat di lingkungan). Keadaan ini dapat disebabkan oleh banyak hal, namun jika dilihat keseluruhan riwayat pasien, hal utama yang mungkin menyebabkan pasien jatuh adalah dari faktor intrinsik (lemah, gangguan penglihatan, ataupun tekanan darah yang tinggi yang menyebabkan timbulnya nyeri kepala).

Berdasarkan survei masyarakat di Amerika Serikat didapatkan sekitar 30% lansia umur lebih dari 65 tahun jatuh setiap tahunnya. Separuh dari angka tersebut mengalami jatuh berulang. Insiden jatuh di masyarakat Amerika Serikat pada umur lebih dari 65 tahun dengan rata-rata jatuh 0,6 per orang, sekitar 1/3 lansia umur lebih dari 65 tahun menderita jatuh setiap tahunnya dan sekitar 1/40 memerlukan perawatan di rumah sakit. Kejadian jatuh pada lansia baik di institusi dan di rumah angka kejadiannya mencapai 50% kejadian jatuh terjadi setiap tahunnya, dan 40% diantaranya mengalami jatuh berulang prevalensi jatuh tampaknya meningkat sebanding dengan peningkatan umur lansia yang tinggal di institusi (panti) mengalami jatuh lebih sering dari pada yang berada di komunitas, mereka secara khas lebih rentan dan memiliki lebih banyak disabilitas. Kejadian jatuh pada lansia dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik (Kanne, dkk, 1994, dalam Nugroho, 2012).

#### **4.1.3 Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih

risiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Ny. S. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan Head to Toe seperti tersebut dibawah ini :

#### 1. Kepala

Pada pemeriksaan fisik Kepala Ny. S bentuk simetris, bersih tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut tampak bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek dan rontok sedikit. Ny.S mengatakan pusing kepala. Menurut (Black & Hawks, 2014) klien dengan hipertensi akan mengalami nyeri kepala atau rasa berat di tengkuk. Darah mengalir lebih cepat di dalam pembuluh darah di kepala sehingga kerja dari otak untuk memenuhi kebutuhan oksigennya juga lebih besar. Sehingga akibat yang di timbulkan adalah nyeri atau sakit kepala

#### 2. Mata

Pada Ny.S konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan sedikit kabur, tidak ada peradangan di kedua mata, mata tidak strabismus. Secara umum pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Ny.S mengalami gangguan pada mata yaitu penglihatan kabur yang berhubungan dengan masalah kesehatannya yaitu hipertensi. Menurut (Black & Hawks, 2014) pemeriksaan mata pada penderita hipertensi ditemukandengan adanya pandangan kabur atau ganda Otot siliaris pada mata akan melemah akibat tekanan intraokuler. Otot ini akan merangsang daya akomodasi pada lensa sehingga letak bayangan tidak bisa sampai ke dalam titik buta retina, sehingga bayangan tidak jelas pada saat di proyeksikan (Dalimartha dkk., 2008).



### 3. Hidung

Pada Ny. S bentuk hidung yang simetris, tidak ada polip, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu. Tidak ada keluhan yang signifikan pada pemeriksaan fisik ini. Namun menurut teori yang disampaikan oleh (Budiman B.J., 2012) pemeriksaan hidung pada penderita hipertensi akan mengalami epistaksis (perdarahan dari hidung) hal ini dijelaskan bahwa mimisan atau epistaksis terjadi karena lesi lokal di hidung yang menyebabkan pembuluh darah infeksi atau penyebab lainnya yang menghancurkan pembuluh darah, sementara hipertensi hanyalah faktor pemberat dari epistaksis itu sendiri.

### 4. Mulut dan tenggorokan

Pada Ny. S kebersihan mulut tampak baik, mukosa bibir lembab, tidak pucat, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan, gigi masih utuh. Secara umum pengkajian fisik mulut dan tenggorokan Ny.S tidak ada masalah. Hal lain disampaikan menurut pendapat (Udjianti, 2010) pemeriksaan mulut dan tenggorokan pada penderita hipertensi terkadang ditemukan stomatitis atau peradangan, kesulitan mengunyah dan kesulitan menelan.

### 5. Telinga

Pada Ny. S kebersihan telinga baik, tidak terdapat serumen berlebih, tidak ada peradangan dan respon terhadap bunyi masih baik. Secara umum pengkajian fisik telinga Ny.S tidak ada masalah. Menurut pendapat (Azizah, 2011) pemeriksaan telinga pada penderita hipertensi akan mengalami gangguan pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi.

## 6. Leher

Pada pemeriksaan fisik Ny.S ditemukan leher terasa kaku, saat tekanan darahnya naik, namun tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Hal ini sejalan dengan pendapat yang disampaikan oleh (Dalimartha, S., dkk, 2008) bahwa pada pemeriksaan leher didapatkan kaku leher. Pembuluh darah yang ada di sekitar leher menjadi menyempit dengan berkala sehingga leher akan mengalami pengerutan baik oleh otot leher maupun pembuluh darahnya

## 7. Dada

Pada Ny. S bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing, tidak terdapat nyeri dada. Secara umum pengkajian fisik dada Ny.S tidak ada masalah. Menurut pendapat (Udjianti, 2010) pemeriksaan pada pada penderita hipertensi ditemukankesimetrisan rongga dada, klien tidak sesak nafas, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan

## 8. Abdomen

Pada Ny. S bentuk perut normal, tidak terdapat nyeri tekan, bising usus 12 x/menit, tidak ada massa, tidak ada distensi abdomen. Pada Ny.S tidak ada keluhan seperti mual atau muntah. Secara umum pengkajian fisik abdomen Ny.S tidak ditemukan masalah. Klien dengan hipertensi akan mengalami mual dan muntah (Udjianti, 2010). Mual disebabkan karena pada saat darah masuk ke dalam organ lambung maka lambung akan mendapatkan suplai darah yang banyak dan lambung juga akan meningkatkan asam lambung. Sementara asam lambung harus seimbang dengan keadaan volume makanan yang masuk. Pada pasien hipertensi terjadi penurunan nafsu makan, sehingga produktifitas asam lambung meningkat dan akan

menimbulkan gejala mual. Sedangkan Muntah merupakan tanda umum gangguan saluran cerna dan jantung.

#### 9. Genetalia

Pada Ny. S kebersihan area genetalia terjaga bersih, ada rambut pubis, tidak ada hemoroid, tidak ada hernia. Secara umum pengkajian fisik genetalia Ny.S tidak ditemukan masalah. Menurut pendapat (Udjianti, 2010) produksi urine dalam batas normal dan tidak ada keluhan pada sistem genetalia, kecuali penyakit hipertensi sudah mengalami komplikasi ke ginjal.

#### 10. Muskuloskeletal

Pada Ny. S kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dankekuatn otot ekstermitas bawah 5555/4444. Tidak ada edema , tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, Reflek Bisep +/+, reflek trisep +/+. Ny.S riwayat jatuh satu tahun yang lalu menyebabkan kaki kanan mengalami hambatan sehingga pada saat berjalan yang menjadi tumpuan adalah kaki kiri. Klien dengan hipertensi akan terjadi episode mati rasa atau kelumpuhan salah satu badan, serta mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas (Udjianti, 2010).

#### 11. Neurologis

Pada Ny. S ditemukan GCS : E4 V5 M6, Pemeriksaan pulsasi ditemukan CRT < 2 detik, jari-jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akril hangat kering merah. Menurut Dongoes (2010) pada pemeriksaan neurosensori ditemukan data hilang gerakan/ sensasi, spasme otot, kebas/ kesemutan (parastesis). Deformatis lokal : angulasi abnormal,

pemendekan, rotasi, krepitasi (bunyi berderit), spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi, Agitasi (mungkin berhubungan dengan rasa nyeri/ ansietas atau trauma lain), dislokasi. Sebagian besar tanda dan gejala ditemukan pada hasil pemeriksaan fisik Ny. S.

#### **4.2 Pengkajian Konsep Lansia**

Pada pemeriksaan keseimbangan ditemukan bahwa Ny. S memiliki resiko jatuh rendah. Pada pemeriksaan Barthel didapatkan interpretasi “95” atau ketergantungan ringan. Keterbatasan gerak dikarenakan Ny.S riwayat jatuh satu tahun yang lalu menyebabkan kaki kanan mengalami keterbatasan sehingga pada saat mobilisasi yang menjadi tumpuan yaitu kaki kiri. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas (Padila, 2012). Terdapat keterbatasan aktiitas pada Ny. S. Pada pasien dengan fraktur akan meminimalisir pergerakan dan aktivitasnya untuk mengurangi dan menghindari timbulnya rasa nyeri akibat pergerakan.

#### **4.3 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan menurut (A. Nurarif, 2015) dengan hipertensi yaitu penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload, nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia,kelebihan volume cairan ,intoleransi aktivitas b.d kelemahan,ketidakefektifan koping dan risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak.

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

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 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, bersifat protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Disertai dengan tanda dan gejala minor meliputi : TD meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis. Pada pengkajian Ny. S data tanda dan gejala mayor yang muncul adalah mengeluh nyeri skala 3 dan frekuensi nadi meningkat, disertai tanda dan gejala minor meliputi tekanan darah meningkat. Nyeri yang terjadi dalam waktu yang hilang timbul.

2. Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif.

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) risiko perfusi miokard tidak efektif merupakan keluhan yang sering dialami oleh penderita hipertensi, dimana penderita berisiko mengalami penurunan sirkulasi arteri coroner yang dapat mengganggu metabolisme miokard. Salah satu faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya perfusi miokard tidak efektif yaitu hipertensi dan obesitas. Pada pengkajian Ny.S didapatkan riwayat hipertensi sejak lama sekitar usia 45 tahun, selain itu kondisi klinis lainnya terkait faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya perfusi miokard tidak efektif yaitu obesitas. Diketahui tinggi badan Ny.S 160cm dengan berat badan 70kg, jika dihitung indeks masa tubuh Ny.S dalam kategori obesitas.

Dengan ditemukannya data tersebut penulis mengambil diagnosa keperawatan yaitu risiko perfusi miokard tidak efektif.

### 3. Risiko Jatuh

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) risiko jatuh merupakan kondisi dimana berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Faktor risiko yang dapat menimbulkan risiko jatuh yaitu usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak), riwayat jatuh, anggota gerak bawah prostesis (buatan), penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing), kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus), neuropati, dan efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anestesi umum).

Hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny.S yaitu riwayat jatuh satu tahun yang lalu menyebabkan kaki kiri sebagai tumpuan karena kaki kanan mengalami cedera. Faktor risiko lainnya yaitu usia Ny.S berusia 67 tahun. Sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan yaitu risiko jatuh.

#### **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

komprehensi. Dalam tahap ini penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

Penyusunan 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 nyeri meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun dan rentan frekuensi nadi normal.

Rencana keperawatan pada Ny. S dengan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik 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 (Aisyah, 2017) Pendekatan secara farmakologik lebih banyak digunakan dalam penatalaksanaan rasa nyeri, namun pendekatan non farmakologik merupakan pengobatan yang efektif untuk rasa nyeri yang ringan dan minim terjadi efek samping.

Menurut Mulyadi, Supratman, Vinami Yulian (2015) Hasil dari penelitiannya menunjukkan bahwa skala nyeri responden pada kelompok eksperimen menunjukkan penurunan yang signifikan saat sebelum dan sesudah terapi relaksasi napas dalam, pemberian terapi relaksasi napas dalam terbukti mampu menurunkan intensitas nyeri kepala yang dirasakan oleh pasien hipertensi pada kelompok yang diberikan terapi dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan terapi relaksasi napas dalam.

## 2. Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif.

Penyusunan perencanaan pada Ny. S bertujuan agar perfusi miokard membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil tekanan darah membaik, tekanan arteri rata-rata membaik, diaforesis membaik, takikardi berkurang, dan denyut nadi radial membaik. Rencana keperawatan pada Ny. S. dengan risiko perfusi miokard tidak efektif diantaranya mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema), mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (palpitasi, batuk, kulit pucat), memonitor tekanan darah, memfasilitasi pasien untuk modifikasi gaya hidup sehat, menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, dan kolaborasi pemberian antiaritmia.

## 3. Risiko jatuh

Penyusunan perencanaan pada Ny. S bertujuan mencegah terjadinya jatuh pada lansia setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam ditandai dengan kriteria hasil peningkatan keseimbangan saat berdiri, peningkatan keseimbangan saat berjalan, peningkatan kemudahan akses kamar mandi, ketersediaan alat bantu dan berjalan dengan langkah pelan.

Rencana keperawatan pada Ny. S dengan risiko jatuh meliputi mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin), memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya dan menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. Faktor yang mempengaruhi keseimbangan dan mengakibatkan jatuh pada lansia adalah lingkungan yang tidak aman, penggunaan alat bantu jalan,



alas kaki dan pakaian yang tidak tepat atau mengganggu (Achmanagara, 2012 dalam Hutomo, A. K., & Suratini, S., 2015).

Berdasarkan pernyataan tersebut penulis memberi rencana intervensi pencegahan jauh meliputi memodifikasi lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin) dan menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin karena kebanyakan lansia melakukan aktivitas hanya didalam kamar atau lingkungan panti.

#### **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 griya wreda dan profesi lainnya.

Implementasi pada diagnosa yang utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Implementasi keperawatan pada Ny. S dengan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik 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 karena nyeri yang dirasakan oleh lansia timbul pada saat tekanan darahnya naik. Selama pemberian implementasi Ny. S mengungkapkan dan dapat mempraktikkan melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri kepala atau pusing timbul.

Diagnosa yang kedua yaitu risiko perfusi miokard tidak efektif. Implementasi keperawatan pada Ny. S dengan Risiko perfusi miokard tidak efektif yaitu meliputi mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema), mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (palpitasi, batuk, kulit pucat), memonitor tekanan darah, memfasilitasi pasien untuk pola hidup sehat, menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, dan melakukan kolaborasi pemberian antiaritmia. Pemberian implementasi kolaborasi yaitu risiko jatuh. Implementasi keperawatan pada Ny. S dengan risiko jatuh meliputi mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin), menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. Berdasarkan implementasi di atas, hampir semua pencegahan jatuh sudah difasilitasi oleh pihak panti. Namun karena jarak kamar yang cukup jauh dengan ruangan perawat, terkadang pemantauan lingkungan yang berisiko hanya terpantau saat perawat melakukan observasi atau memberi makan dan namun kegiatan lansia dapat terpantau 24 jam dengan CCTV.

#### **4.6 Evaluasi**

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan yang melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan. Dari hasil evaluasi pada Ny.S dilakukan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, pemberian intervensi edukasi manajemen nyeri teratasi pada hari ke-3 karena tercapainya tujuan intervensi yaitu Ny. S mampu mengontrol rasa nyeri saat nyeri timbul. Dengan hasil Ny. S melakukan relaksasi tarik napas dalam pada

saat nyeri kepala timbul. Untuk diagnosa yang kedua yaitu risiko perfusi miokard tidak efektif ditandai dengan faktor risiko hipertensi hasil evaluasi yang, evaluasi hari pertama tanggal 13 Januari 2022 sampai tanggal 15 Januari 2022 masalah masih teratasi sebagian.

Evaluasi pada pemberian intervensi pencegahan jatuh belum teratasi hingga hari ke-3 dikarenakan pemantauan risiko jatuh harus selalu dipantau pada lansia karena semakin menurunnya kemampuan fisik lansia. Aktivitas keseharian Ny. S seperti mandi dan mencuci dilakukan secara mandiri, Ny.S menggunakan alas kaki yang tidak licin namun pada saat berjalan masih terlihat tergesa-gesa terkesan kurang berhati-hati. Meskipun pada kamar mandi terdapat pegangan disekitar dinding dan terdapat pengesat kaki didepan pintu kamar mandi namun perlu diperhatikan kembali untuk pemantauan risiko jatuh pada Ny.S.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

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

#### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan asuhan keperawatan gerontik yang telah dilakukan oleh penulis ada Ny. S. dengan hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

1. Saat pengkajian Ny.S mengeluh pusing dan kaku pada leher. Ditemukan data objektif yaitu observasi tanda tanda vital TD : 150/90 mmHg, N : 101 x/m, S:36° C, RR : 20x/m. Selain itu, Ny.S riwayat jatuh satu tahun yang lalu menyebabkan kaki kanan mengalami hambatan, pada saat berjalan terjadi gangguan keseimbangan.
2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Ny. S yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, risiko perfusi miokard tidak efektif dan risiko jatuh.
3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama diharapkan Ny.S dapat manajemen nyeri secara mandiri dengan cara relaksasi, selain itu intervensi dilakukan untuk menurunkan tekanan darah yang diharapkan nyeri dapat teratasi dikarenakan nyeri kepala pada Ny.S berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.

4. Dalam implementasi peneliti melakukan rencana rencana tindakan yang sudah disusun selama 3 hari perawatan, dengan dibantu oleh perawat griya wreda.
5. Evaluasi tanggal 15 Januari 2020 didapatkan pasien sudah tidak mengeluh nyeri kepala dan sudah memahami teknik relaksasi jika dirasa nyeri kepala kembali. Untuk evaluasi diagnosa risiko perfusi miokard tidak efektif teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan dikarenakan tekanan darah Ny.S masih diatas normal. Pemantaun risiko jatuh akan selalu dipantau karena Ny. S memiliki usia 66 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 manajemen dan mengatasi masalah kesehatannya dengan baik dengan teknik yang telah diajarkan.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mampu memberi pemantauan lebih menyeluruh dan lebih sering terhadap lansia dengan risiko jatuh atau lansia dengan faktor risiko jatuh. Diharapkan perawat selalu memperhatikan kondisi lingkungan lansia untuk menghindari terjadinya cedera.

**DAFTAR PUSTAKA**

- A. Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC*. Mediacion publishing.
- Agustina, S., M, S., & S, R. (2014). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi Pada Lansia di Atas Umur 65 Tahun. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(No.4). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-42271-8\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-42271-8_3)
- Aisyah, S. (2017). Pain Management in the Elderly With a Non-Pharmacological Approach. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 2(1).
- American Heart Association. (2014). *Heart Disease and Stroke Statistics. AHA Statistical Update*. 205.
- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep dan Prose Keperawatan Nyeri*. AR-RUZZ MEDIA.
- Anies. (2018). *Penyakit Degeneratif Mencegah dan Mengatasi Penyakit Degeneratif dengan Perilaku & Pola Hidup Modern yang Sehat*. AR-RUZZ MEDIA.
- Aspiani, R. (2016). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular*.
- Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Graha Ilmu.
- Black, J. ., & Hawks, J. . (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Salemba Medika.
- Budiman B.J., & H. A. (2012). Epistaksis dan Hipertensi:Ada Hubungannya. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 1, 2.
- Dewi, S. R. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Deepublish.
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. (2017). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*.
- Fatimah. (2010). *Merawat Manusia Lanjut Usia*. CV. Trans Info Media.
- Febriyani, I. (2016). Pengaruh senam ergonomik terhadap tekanan darah pada

lansia hipertensi di Bulus Wetan Sumber Agung wilayah kerja puskesmas Jetis Batul. *Jurnal of Nursing*.

Indri, N. (2012). Perbedaan Kepuasan Hidup Lansia Dini yang Tinggal Bersama Anak, Mandiri, dan di Panti Werdha. *Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia*.

Istyawati, P., Prastiani, D., & Rakhman, A. (2020). Efektifitas Slow Stroke Back Massage (Ssbm) Dalam Menurunkan Skala Nyeri Kepala Pasien Hipertensi Di Rumah Sakit Mitra Siaga Tegal. *Community of Publishing In Nursing (COPING)*, 8, 207–213.

Izzat, Y., Jauhar, M., & Surachmi, F. (2021). Review Literatur : Hidroterapi Menurunkan Tekanan Darah Klien Hipertensi Literature Review : Hydrotherapy Reduce Blood Pressure among Hipertensive. *Jurnal Ilmu Keperawatan : Journal of Nursing Science*, 9(2).

Kurnia, E., Gumiwang, A., Purwono, J., Ayubbana, S., Dharma, A., Metro, W., & Hangat, K. (2021). *Penerapan Kompres Hangat Terhadap Nyeri Pada Pasien Hipertensi Di Kota Metro*. 1, 1–5.

Kurniasih, & Setiawan. (2013). Analisis Faktor Risiko Kejadian Hipertensi di Puskesmas Srandol Semarang Periode Bulan September – Oktober 2011. *Jurnal Penelitian*, 1.

Luh, N., Ekarini, P., & Maryam, R. S. (2019). *Pengaruh Terapi Relaksasi Otot Progresif terhadap Respon Fisiologis Pasien Hipertensi*. 10(April).

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.

Padila. (2012). *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.

Ramli, D., & Karani, Y. (2018). Anatomi dan Fisiologi Kompleks Mitral. *Jurnal Kesehatan Andalas*.

Ridwan. (2009). *Hipertensi dan Faktor Resikonya dalam Kajian Epidemiologi*.

Riskesdas. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Deptemen*

*Kesehatan.*

- Sunaryo, Wijayanti, & Rahayu. (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Cv. Andi Offset.
- Suprayitno, E, Purnomo, J. D. T., Sutikno, S., & Indriyani, R. (2020). Health education in principle of community affected teenagaer's smooking attitude and habitual in the coastal area of madura island indonesia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(10), 14.
- Suryonegoro, S. B., Elfa, M. M., Noor, M. S., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., Mangkurat, U. L., Ilmu, D., Dalam, P., Ilmu, D., Masyarakat, K., & Kedokteran, F. (2021). Literature Review: Hubungan Hipertensi pada Wanita Menopause dan Usia Lanjut terhadap Kualitas Hidup. *Homeostasis: Jurnal Mahasiswa Pendidikan Dokter*, 4(2), 387–398.
- Sya'diyah, H. (2018). *Keperawatann Lanjut Usia : Teori dan Aplikasi (Pertama)*. Indomedia Pustaka.
- Taghadosi, M. (2017). *The Effect of Education Based on BASNEF Model on Lifestyle in Patients with Hypertension*. 19(11).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus PPNI.
- Triyanto, E. (2014). *Pelayanan Keperawatan bagi Penderita Hipertensi secara Terpadu*. Graha Ilmu.
- Udjianti, W. J. (2010). *Keperawatan Kardiovaskuler*. Salemba Medika.
- Wardani, D., & Adriani, P. (2022). *Aplikasi Pemberian Terapi Relaksasi Autogenik Terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Akut Pasien Hipertensi*. 3(1), 7–12.
- Warjiman, Er, U. E., Yohana, G., Hapsari, & Dwi, F. (2022). Skrining dan edukasi penderita hipertensi. *Jurnal Suaka Insan Mengabdi (JSIM)*, 2(1), 15–26.



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

Nama : Tiara Yunanda Ramsya  
Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 23 Juni 1999  
Alamat : Perum. Jade Hamlet Blok Raya 15b, Menganti,  
Gresik  
Agama : Islam  
No. HP : 081316351086  
Email : tiara.yura23@gmail.com  
Riwayat Pendidikan :

1. TK Islam Antasari, Surabaya – Lulus tahun 2005
2. SDN Wonokusumo 5/44 – Lulus tahun 2011
3. SMP Negeri 7 Surabaya – Lulus tahun 2014
4. SMA Hang Tuah 1 Surabaya – Lulus tahun 2017
5. S1 Ilmu Keperawatan-Lulus tahun 2021

## Lampiran 2

### MOTTO DAN PERSEMBAHAN

*“Jangan khawatir tentang hari kemarin, jangan bingung dengan hari esok. Buatlah hari ini lebih indah, percayalah setiap doa akan terjawab, setiap kesulitan akan berganti kemudahan karena kebahagiaan akan tepat pada waktunya, tidak akan berhenti untuk kita. Just let it flow.”*

Skripsi ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT atas segala rahmat dan nikmat yang telah diberikan kepada saya dalam bentuk kesehatan, kekuatan, serta kesabaran untuk menyelesaikan skripsi ini guna meraih gelar (S.Kep.Ners) dengan tepat waktu.
2. Terima kasih untuk Ayah, Ibu, dan adik-adik saya (erga, nanda, aisyah) yang telah memberikan banyak dukungan, semangat, dan doa-doa terbaik yang tidak pernah ada hentinya.
3. Terima kasih yang sebesar-besarnya untuk seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya, terutama untuk pembimbing saya yang selalu sabar dan selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan kepada saya.
4. Terima kasih untuk teman dekat saya di kampus (fenny, shonia, puspa, nadiyah, wiwi) yang sudah mau berjuang bersama-sama dan melewati suka maupun duka selama 4 tahun ini serta saling memberikan dukungan satu sama lain.
5. Terima kasih untuk Evin Dinda Lestari dan juga Angga Reza Pratama selaku support system yang selalu mendengar segala keluhan saya dan memberi motivasi hingga saya mampu menyusun skripsi ini.
6. Teman-teman Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya Angkatan 12 yang tidak bisa disebutkan satu persatu, selalu semangat, semoga sukses, dan doa yang terbaik untuk kita semua.