

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.S DENGAN
MASALAH KESEHATAN HIPERTENSI DAN MASALAH
KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT DI RUANG
ANGGREK UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN
SURABAYA



Oleh :

UMIE AIDA, S.Kep
NIM. 2130065

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.S DENGAN
MASALAH KESEHATAN HIPERTENSI DAN MASALAH
KEPERAWATAN UTAMA NYERI AKUT DI RUANG
ANGGREK UPTD GRIYA WREDA JAMBANGAN
SURABAYA**

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



Oleh :

UMIE AIDA, S.Kep
NIM. 2130065

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

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Umie Aida
NIM : 2130065
Tanggal Lahir : 10 Juni 2000
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, Juli 2022



Umie Aida, S.Kep
NIM. 2130065

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

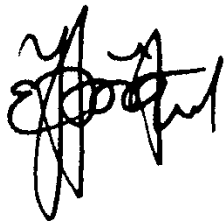
Nama : Umie Aida
NIM : 2130065
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya

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

NERS (Ns)


Mengetahui,

Pembimbing Institusi



Yoga Kertapati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom
NIP. 03042

Pembimbing Klinik



Desy Dwi Arvanita Ivadah, S.Kep.,Ns

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

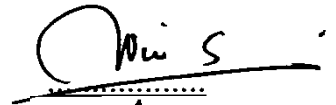
HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah akhir dari :

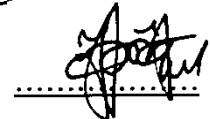
Nama : Umie Aida
NIM : 2130065
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya

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

Penguji I : Dr.A.V.Sri Suhardiningsih,S.Kp.,M.Kes
NIP. 03015



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



Penguji III : Desy Dwi Arvanita Ivadah,S.Kep.,Ns



Mengetahui,
KAPRODI PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA

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

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya” sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya. Karya Ilmiah Akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak. Penulis menyadari segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya ilmiah akhir ini dibuat dengan sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan ini, perkenankanlah penulis untuk menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan penguji ketua atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa Ners.
2. Pembantu Ketua 1 Ibu Dyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes, Pembantu Ketua 2 Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep dan Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.

selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

3. Bapak Yoga Kertapati, S.Kep., Ns. M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku pembimbing dan penguji 1 yang penuh perhatian dan kesabaran memberikan pengarahan serta dukungan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
4. Ibu Desy Dwi Arvanita Ivadah, S.Kep., Ns selaku pembimbing klinik dan penguji 2 yang memberikan pengarahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
5. Ibu Nadia Okhtiary, A.Md. selaku Kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Seluruh dosen dan staf Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan bimbingan selama menuntut ilmu di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.
7. Orangtua dan kakak tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberikan dukungan.
8. Teman-teman se-almamater dan berbagai pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan rahmat dari Allah SWT Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Lansia.....	9
2.1.1 Definisi Lansia	9
2.1.2 Batasan Umur Lansia	10
2.1.3 Karakteristik Lansia	11
2.1.4 Tugas Perkembangan Lansia	11

2.1.5	Perubahan-Perubahan pada Lansia	12
2.1.6	Sindroma Geriatrik	15
2.1.7	Teori – Teori Proses Menua	21
2.2	Konsep Hipertensi	24
2.2.1	Anatomi Fisiologi.....	24
2.2.2	Definisi	27
2.2.3	Etiologi	28
2.2.4	Manifestasi Klinis	28
2.2.5	Klasifikasi	29
2.2.6	Komplikasi.....	29
2.2.7	Penatalaksanaan	31
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	35
2.3.1	Pengkajian.....	35
2.2.8	Pemeriksaan Penunjang.....	47
2.3.2	Diagnosis Keperawatan	47
2.3.3	Intervensi Keperawatan	49
2.3.4	Implementasi Keperawatan	51
2.3.5	Evaluasi Keperawatan	51
2.4	Kerangka Masalah Keperawatan	53
BAB 3	TINJAUAN KASUS	54
3.1	Konsep Lansia.....	54
3.1.1	Identitas Pasien	54
3.1.2	Riwayat Kesehatan	54
3.1.3	Status Fisiologis	55
3.1.4	Pemeriksaan Fisik	55
3.1.5	Pengkajian Psikososial dan Spiritual.....	59
3.1.6	Pengkajian Lingkungan	60
3.1.7	Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan	61
3.1.8	Pemeriksaan Penunjang.....	63
3.2	Analisa Data.....	65
3.3	Intervensi Keperawatan	68
3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	71
BAB 4	PEMBAHASAN	84

4.1	Pengkajian Keperawatan	84
4.1.1	Identitas	84
4.1.2	Riwayat Kesehatan	85
4.1.3	Pemeriksaan Fisik	87
4.1.4	Pemeriksaan Penunjang	89
4.2	Diagnosis Keperawatan	89
4.3	Intervensi Keperawatan	94
4.4	Implementasi Keperawatan	99
4.5	Evaluasi Keperawatan	101
BAB 5	PENUTUP	103
5.1	Pengkajian Keperawatan	103
5.2	Saran	104
DAFTAR PUSTAKA	106

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VIII. Error! Bookmark not defined.	
Tabel 2.2	Indeks Katz	38
Tabel 2.3	Barthel Indeks	39
Tabel 2.4	<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> (SPMSQ).....	40
Tabel 2.5	<i>Mini Mental State Exam</i> (MMSE)	41
Tabel 2.6	<i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS)	43
Tabel 2.7	Dokumentasi <i>Time Up Go To Test</i> (TUG).....	44
Tabel 2.8	<i>Mini Nutritional Assessment</i> (MNA).....	45
Tabel 2.9	Konsep Intervensi Keperawatan pada Hipertensi_	49
Tabel 3.1	Terapi Obat pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya Hipertensi.....	63
Tabel 3.2	Analisa Data pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya Hipertensi.....	65
Tabel 3.3	Prioritas Masalah pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya Hipertensi.....	67
Tabel 3.4	Intervensi Keperawatan pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya Hipertensi	68
Tabel 3.5	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya Hipertensi	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung	Error! Bookmark not defined.
Gambar 2.2 Web of Caution (WOC) Hipertensi	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Curriculum Vitae	110
Lampiran 2	Motto dan Persembahan	111
Lampiran 3	Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam	113
Lampiran 4	Pengkajian <i>Barthel Index</i> pada Ny.S	115
Lampiran 5	Pengkajian MMSE (<i>Mini-Mental Status Exam</i>) pada Ny.S	116
Lampiran 6	Pengkajian SPMSQ (<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>) pada Ny.S	118
Lampiran 7	Pengkajian TUG (<i>Time Up Go Test</i>) pada Ny.S	119
Lampiran 8	Pengkajian GDS (<i>Geriatric Depression Scale</i>) pada Ny.S	120
Lampiran 9	Pengkajian MNA (<i>Mini Nutritional Assessment</i>) pada Ny.S	121

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

ACC	:	<i>American College of Cardiology</i>
ACE	:	<i>Angiotensin-Converting-Enzyme</i>
AHA	:	<i>American Heart Association</i>
ARB	:	<i>Angiotensin-Receptor-Blocker</i>
BAB	:	Buang Air Besar
BAK	:	Buang Air Kecil
DPP	:	Dewan Pengurus Pusat
GCS	:	<i>Glassglow Coma Scale</i>
GDS	:	<i>Geriatric Depression Scale</i>
MMSE	:	<i>Mini Mental Examination State Exam</i>
MNA	:	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
PDAM	:	Perusahaan Daerah Air Minum
POKJA	:	Kelompok Kerja
PPNI	:	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
SDKI	:	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	:	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	:	Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SOP	:	Standar Operasional Prosedur
SPMSQ	:	<i>Short Portable Mental Questionnaire</i>
TV	:	Televisi
UPTD	:	Unit Pelaksana Teknis Dinas
VCD	:	<i>Video Compact Disc</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
WIB	:	Waktu Indonesia Barat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia merupakan salah satu populasi beresiko (*population at risk*) yakni sekumpulan orang yang memiliki kemungkinan besar untuk mengalami perburukan masalah kesehatan lebih cepat akibat faktor-faktor resiko yang mempengaruhinya (Wisodhanie, 2021). Karakteristik resiko kesehatan yang dimiliki lansia salah satunya adalah resiko biologi termasuk resiko terkait usia (Stenhope & Lancaster, 2016). Semakin bertambahnya usia, fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat proses penuaan sehingga sering muncul masalah kesehatan pada lansia. Beberapa penyakit yang sering terjadi pada lansia adalah penyakit tidak menular antara lain hipertensi, artritis, stroke, penyakit paru obstruktif kronis, dan diabetes mellitus (Kemenkes RI, 2016). Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh dimana tekanan darah lebih dari normal (Haris et al., 2017). Adapun tanda-tanda yang biasanya terjadi pada seseorang dengan hipertensi yakni sakit kepala, pusing, nyeri dada, palpitasi dan epistaksis (Amanda et al., 2017). Nyeri kepala adalah salah satu gejala yang paling banyak dialami khususnya nyeri pada area kepala, leher hingga tengkuk (Yoganita et al., 2019).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi, 2/3 diantaranya berada di negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang. Prevalensi Hipertensi akan

terus meningkat tajam dan diprediksi pada tahun 2025 sebanyak 29% orang dewasa di seluruh dunia terkena hipertensi (Depkes RI, 2017). Tingginya angka hipertensi tersebut juga sejalan dengan yang terjadi di Indonesia, dimana pada tahun 2013 prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran pada penduduk ≥ 18 tahun sebanyak 25,8% meningkat menjadi 34,1% di tahun 2018 (Kemenkes RI, 2019). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2018, hipertensi merupakan penyakit tidak menular terbanyak pada penduduk lansia di Jawa Timur yaitu sebesar 22,71% (Dinkes Jatim, 2018). Kota Surabaya termasuk ke dalam lima besar kota atau kabupaten di Jawa Timur yang memiliki jumlah penderita hipertensi tertinggi, yaitu sebanyak 45.014 orang atau sebesar 10,43% (Dinkes Jatim, 2017). Berdasarkan data yang terkaji pada tahun 2022 didapatkan bahwa hipertensi merupakan penyakit yang paling banyak diderita oleh lansia yakni sebanyak 79 dari total 160 lansia di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

Semakin bertambahnya usia seseorang, maka tekanan darah seseorang juga akan meningkat, ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor seperti perubahan alami pada jantung serta pembuluh darah seseorang, perubahan ini terjadi secara alami sebagai proses penuaan (Pratama et al., 2020). Peningkatan tekanan darah atau hipertensi merupakan suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh dimana tekanan darah lebih dari normal (Haris et al., 2017). Sakit atau nyeri kepala, rasa berat di tengkuk atau kaku kuduk, dan sukar tidur merupakan gejala yang paling sering ditemui pada penderita hipertensi (Rispati et al., 2019). Nyeri kepala disebabkan karena

kerusakan vaskuler akibat dari hipertensi tampak jelas pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah. Bila pembuluh darah menyempit maka aliran arteri akan terganggu. Pada jaringan yang terganggu akan terjadi penurunan O₂ (oksigen) dan peningkatan CO₂ (karbondioksida) kemudian terjadi metabolisme anaerob dalam tubuh yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak (Setyawan & Kusuma, 2014a).

Nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan, baik sensori maupun emosional yang berhubungan dengan risiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh (Judha et. al, 2015). Nyeri yang tidak teratasi dapat menyebabkan munculnya kecemasan dan mengakibatkan tekanan darah semakin naik serta nyeri yang tidak hilang bahkan semakin bertambah terutama pada lansia. Penanganan nyeri pada hipertensi dapat dilakukan secara farmakologis dan nonfarmakologis. Penanganan secara farmakologis dapat dilakukan dengan mengkonsumsi obat penurun hipertensi. Sedangkan penanganan secara non-farmakologis dapat dilakukan dengan memberikan terapi yang memberikan manfaat relaksasi pada tubuh (Triyanto, 2014b). Perawat dapat berkontribusi pada pemberian non-farmakologis sebagai salah satu contoh intervensi mandiri perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi (Risprawati et al., 2019). Salah satunya adalah dengan pemberian teknik relaksasi nafas dalam yang dapat menurunkan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik dengan cara kerja memberikan peregangan pada kardiopulmonal (Hartiningsih et al., 2021).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan dari penyakit hipertensi pada Ny.S ini maka penulis akan mengkaji lebih lanjut dan melakukan asuhan keperawatan dengan rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran asuhan keperawatan gerontik pada Ny.S dengan masalah kesehatan hipertensi dan masalah keperawatan utama nyeri akut di ruang Anggrek UPTD Griya Wreda Jambangan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian pada Ny.S dengan hipertensi di ruang Anggrek UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
2. Menentukan diagnosis keperawatan pada Ny.S dengan hipertensi di ruang Anggrek UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
3. Menyusun intervensi keperawatan pada Ny.S dengan hipertensi di ruang Anggrek UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny.S dengan hipertensi di ruang Anggrek UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.S dengan hipertensi di ruang Anggrek UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis maupun praktis seperti tersebut di bawah ini :

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara tepat dan efisien akan menghasilkan luaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian keparahan dan kematian pada klien dengan hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada klien dengan hipertensi agar penatalaksanaan dan pencegahan dini bisa dilakukan untuk menghasilkan luaran klinis yang baik bagi klien dengan hipertensi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi.

3. Bagi Keluarga dan Klien

Hasil studi kasus ini dapat memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada keluarga dan klien mengenai penyakit dan perawatan yang tepat bagi klien dengan hipertensi.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai perbandingan mengenai asuhan keperawatan gerontik pada klien dengan hipertensi sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Pada karya ilmiah akhir ini digunakan metode studi kasus yakni metode yang memusatkan perhatian pada satu objek 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 diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan

Data diperoleh dari pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat digunakan dalam menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data diperoleh langsung dari klien baik berupa informasi maupun pemeriksaan fisik.

2. Data Sekunder

Data diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan klien, catatan medis perawatan klien, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

3. Studi Kepustakaan

Data diperoleh dari sumber-sumber pustaka yang berhubungan dengan judul karya ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, halaman pernyataan, halaman persetujuan, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran serta daftar singkatan dan simbol.
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, rumusan masalah, tujuan, manfaat, metode dan sistematika penulisan.

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep lansia, konsep hipertensi, konsep asuhan keperawatan pada hipertensi dan kerangka masalah keperawatan.

BAB 3: Tinjauan kasus yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi dari pelaksanaan asuhan keperawatan.

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

BAB 5: Penutup yang berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, meliputi daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas tinjauan pustaka dari beberapa literatur yang ada keterkaitannya dengan judul Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya. Konsep lansia akan diuraikan definisi, klasifikasi dan masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dll. Konsep asuhan keperawatan akan diuraikan mengenai pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan pada hipertensi.

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Penuaan merupakan proses kehidupan yang tidak dapat dihindari dan biasa terjadi seiring dengan penambahan usia (Wreksoatmojo, 2016). Menua atau menjadi tua merupakan fase menurunnya bahkan menghilangnya kemampuan tubuh dalam mempertahankan fungsi normalnya (Wisoeadhanie, 2021). Perubahan yang terjadi tersebut dapat menimbulkan masalah kesehatan baik fisik maupun psikologis pada lansia (Kiik & Sahar, 2018).

Lansia merupakan salah satu kelompok atau populasi berisiko (*population at risk*) yakni sekumpulan orang yang memiliki kemungkinan besar untuk mengalami perburukan masalah kesehatan lebih cepat akibat faktor-faktor resiko yang

mempengaruhinya (Wisoeadhanie, 2021). Karakteristik risiko kesehatan yang dimiliki lansia yaitu, risiko biologi termasuk risiko terkait usia, risiko sosial dan lingkungan serta risiko perilaku atau gaya hidup (Stenhope & Lancaster, 2016).

2.1.2 Batasan Umur Lansia

1. Batasan umur lansia menurut WHO dalam Wisoeadhanie (2021) meliputi :
 - a. Usia pertengahan (*middle age*), yakni kelompok usia antara 45-59 tahun.
 - b. Lanjut usia (*elderly*), yakni kelompok usia antara 60-74 tahun.
 - c. Lanjut usia tua (*old*), yakni kelompok usia antara 75-90 tahun.
 - d. Usia sangat tua (*very old*), yakni kelompok usia diatas 90 tahun.
2. Batasan umur lansia menurut Depkes RI (2013) meliputi :
 - a. Pralansia (prasenilis), seseorang yang berada pada usia antara 45-59 tahun.
 - b. Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun lebih.
 - c. Lansia yang beresiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih, atau seseorang lansia yang berusia 60 tahun atau lebih yang memiliki masalah kesehatan.
 - d. Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau melakukan kegiatan yang menghasilkan barang atau jasa.
 - e. Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya atau tidak bisa mencari nafkah sehingga dalam kehidupannya bergantung pada orang lain.

2.1.3 Karakteristik Lansia

Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut (Dewi, 2014) :

1. Berusia lebih dari 60 tahun.
2. Kebutuhan dan masalah bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial hingga spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal bervariasi.

2.1.4 Tugas Perkembangan Lansia

Menurut Dewi (2014) kesiapan lansia untuk beradaptasi dan menyesuaikan diri terhadap perkembangan usia lanjut dipengaruhi oleh proses tumbuhan pada tahap sebelumnya. Apabila pada tahap tumbuh kembang sebelumnya seseorang dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan baik dan teratur serta dapat membina hubungan yang baik dengan lingkungan sekitar, maka pada usia lanjut ia dapat tetap melakukan aktivitas yang biasa dilakukan pada tahap perkembangan sebelumnya, misal olahraga ataupun mengembangkan hobi.

Berikut beberapa tugas perkembangan lansia, antara lain (Dewi, 2014) :

1. Mempersiapkan diri terhadap penurunan kondisi tubuh.
2. Mempersiapkan diri untuk pensiun.
3. Menciptakan hubungan yang baik dengan orang lain seusianya.
4. Mempersiapkan kehidupan baru.
5. Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial masyarakat secara santai.
6. Mempersiapkan diri untuk kematian diri sendiri dan pasangan.

2.1.5 Perubahan-Perubahan pada Lansia

Proses penuaan yang terjadi pada lansia secara langsung maupun tidak langsung berdampak pada perubahan-perubahan, antara lain perubahan fisik, perubahan kognitif dan perubahan psikososial (Wibowo et al., 2022) :

1. Perubahan fisik

a. Sel

Jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh dan cairan intraseluler menurun.

b. Kardiovaskuler

Katup jantung menebal dan kaku, penurunan kemampuan memompa darah (penurunan kontraksi dan volume), penurunan elastisitas pembuluh darah, peningkatan resistensi pembuluh darah perifer yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.

c. Respirasi

Kekakuan dan penurunan kekuatan otot-otot pernafasan, penurunan elastisitas paru, peningkatan kapasitas residu yang mengakibatkan bernapas menjadi lebih berat, pelebaran dan penurunan jumlah alveoli, penurunan kemampuan batuk dan penyempitan pada bronkus.

d. Persarafan

Persarafan pada panca indera mengecil sehingga menjadikan fungsinya menurun dan lambat dalam merespon ataupun bereaksi khususnya yang berhubungan dengan

stres. Berkurang atau bahkan hilangnya lapisan myelin akson yang menjadikan respon motorik dan reflek menurun.

e. Muskuloskeletal

Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh, bungkuk, persendian membesar dan menjadi kaku, kram, tremor serta tendon mengkerut dan mengalami sklerosis.

f. Gastrointestinal

Esophagus melebar, asam lambung menurun, penurunan peristaltik yang menyebabkan daya absorpsi juga menurun. Ukuran lambung mengecil serta menurunnya fungsi organ aksesori yang menjadikan produksi hormon dan enzim pencernaan berkurang.

g. Pendengaran

Membran timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran dan kekakuan tulang-tulang pendengaran.

h. Pengelihatan

Penurunan respon terhadap sinar, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun dan katarak.

i. Kulit

Elastisitas menurun vaskularisasi menurun, kelenjar keringat menurun, rambut memutih.

2. Perubahan kognitif

a. Daya ingat (Memori)

Penurunan daya ingat akibat menurunnya proses penerimaan informasi yang didapat. Daya ingat memori jangka panjang tidak mengalami perubahan yang signifikan, namun terjadi penurunan memori jangka pendek.

b. Kemampuan pemahaman

Penurunan kemampuan dalam memahami suatu hal akibat konsentrasi dan fungsi pendengaran yang menurun.

3. Perubahan psikososial

a. Perubahan aspek kepribadian

Penurunan fungsi kognitif dan psikomotor yang menimbulkan perubahan pada kepribadian.

b. Perubahan dalam peran sosial di masyarakat

Penurunan berbagai kemampuan seperti fisik, pendengaran dan penglihatan dapat membuat lansia merasa terasingkan. Jika hal tersebut terjadi maka dapat membuat lansia enggan berinteraksi dengan orang lain. Dampak yang lebih parah bisa membuat lansia mengurung diri, mudah menangis sehingga berujung pada perasaan kesepian.

c. Perubahan minat

Perubahan berbagai fungsi tubuh juga berpengaruh terhadap minat yang dimiliki lansia, seperti minat terhadap penampilan, minat terhadap kejadian sekitar, serta minat pada kebutuhan rekreasi.

2.1.6 Sindroma Geriatrik

Sindroma geriatrik merupakan kumpulan gejala-gejala mengenai kesehatan yang sering didapatkan pada para lanjut usia atau mereka yang biasanya berusia diatas 60 tahun. Sindroma geriatrik ini umumnya dikenal dengan istilah 14 (i) yaitu (Iwa et al., 2022) :

1. *Immobility* (kurang bergerak)

Imobilisasi merupakan istilah yang menggambarkan berkurangnya kemampuan bergerak yang merupakan sindrom penurunan fungsi fisik akibat dari penurunan aktivitas atau adanya penyakit penyerta yang lain. Beberapa penyakit penyerta yang dimaksud seperti fraktur femur, penurunan kesadaran dan sakit berat lain yang menjadikan pasien harus mengalami imobilisasi lama. Komplikasi yang dapat timbul dari keadaan tersebut adalah ulkus dekubitus, trombosis vena, hipotensi ortostatik, infeksi saluran kemih, pneumonia aspirasi dan ortostatik, kekakuan dan kontraktur sendi, hipotrofi otot dan sebagainya.

2. *Instability Postural* (Instabilitas Postural)

Perubahan cara berjalan dan berkurangnya keseimbangan seringkali menyertai proses penuaan. Instabilitas postural dapat meningkatkan resiko jatuh yang selanjutnya dapat mengakibatkan cedera fisik maupun psikis. Hal-hal yang dapat menyebabkan jatuh dapat berupa terpelelet, sinkop/kehilangan kesadaran mendadak, *dizziness*/vertigo, hipotensi ortostatik, proses peyakit dan sebagainya. Kejadian jatuh tersebut dapat menyebabkan cedera kepala, cedera jaringan lunak, hingga patah tulang yang dapat menimbulkan imobilisasi.

3. *Incontinence* (Beser BAB atau BAK)

Inkontinensia urin merupakan keluarnya urin yang tidak dikehendaki dan tidak terkendali pada saat yang tidak tepat. Inkontinensia urin dapat terjadi akibat sindrom delirium, imobilisasi, poliuria, infeksi, inflamasi, impaksi feses ataupun pengaruh dari obat-obatan. Inkontinensia urin dapat berujung pada masalah kesehatan seperti dehidrasi, jatuh dan fraktur akibat terpelelet karena urin yang berceceran, luka lecet hingga ulkus dekubitus akibat penggunaan diapers yang membuat bokong atau punggung bawah sering lembab atau basah. Sedangkan inkontinensia alvi/fekal sendiri merupakan ketidakmampuan dalam mengendalikan pengeluaran feses melalui anus yang disebabkan oleh cedera panggul, operasi rectum/anus, prolaps rectum, tumor dan sebagainya. Perasaan malu dan depresi juga dapat timbul akibat adanya inkontinensia tersebut.

4. *Intellectual Impairment* (Gangguan Intelektual atau Demensia)

Demensia adalah gangguan fungsi kognitif yang merupakan perunrunan kapasitas intelektual untuk usia dan tingkat pendidikan seseorang tersebut. Demensia tidak hanya masalah pada memori. Gangguan fungsi kognitif tersebut dapat disebabkan oleh penyakit otak yang tidak berhubungan dengan gangguan tingkat kesadaran sehingga mempengaruhi aktivitas secara bermakna. Demensia meliputi berkurangnya kemampuan untuk mengenal, berpikir, menyimpan atau mengingat pengalaman yang lalu dan juga kehilangan pola sentuh, pasien menjadi perasa, dan terganggunya aktivitas. Sindroma derilium akut adalah sindroma mental organik yang ditandai dengan gangguan kesadaran dan atensi serta perubahan kognitif atau gangguan persepsi yang timbul dalam jangka pendek dan berfluktuasi. Gejalanya: gangguan kognitif global berupa gangguan memori jangka pendek, gangguan persepsi (halusinasi, ilusi), gangguan proses pikir (diorientasi waktu, tempat, orang), komunikasi tidak relevan, pasien mengomel, ide pembicaraan melompat-lompat, gangguan siklus tidur.

5. *Infection* (infeksi)

Perubahan fisik, menurunnya daya tahan/imunitas terhadap infeksi, sirkulasi yang terganggu dan beberapa penyebab infeksi pada lansia. Ciri utama pada semua penyakit infeksi biasanya ditandai dengan meningkatnya temperatur badan, dan hal ini sering tidak dijumpai pada usia lanjut, kondisi suhu badan yang rendah lebih sering dijumpai. Keluhan dan gejala infeksi semakin tidak khas antara lain berupa konfusi/delirium

sampai koma, adanya penurunan nafsu makan tiba-tiba, badan menjadi lemas, dan adanya perubahan tingkah laku sering terjadi pada pasien usia lanjut

6. *Impairment of sense* (Gangguan Fungsi Indera)

Gangguan pendengaran sangat umum ditemui pada lanjut usia dan menyebabkan pasien sulit untuk diajak komunikasi. Gangguan penglihatan bisa disebabkan gangguan refraksi, katarak atau komplikasi dari penyakit lain misalnya DM, HT dll

7. *Isolation (Depression)*

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

8. *Inanition (Malnutrisi)*

Anoreksia dipengaruhi oleh faktor fisiologis (perubahan rasa kecap, pembauan, sulit mengunyah, gangguan usus dll), psikologis (depresi dan demensia) dan sosial (hidup dan makan sendiri) yang berpengaruh pada nafsu makan dan asupan makanan. Kurangnya asupan pada lansia dapat menyebabkan lansia mengalami kekurangan zat

gizi yang berakibat pada gangguan imunitas, menghambat penyembuhan luka, penurunan status fungsional hingga meningkatkan kasus mortalitas.

9. *Impecunity* (Kemiskinan)

Semakin bertambahnya usia maka kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara perlahan-lahan, yang menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjakan atau menyelesaikan pekerjaan sehingga tidak dapat memberikan penghasilan. Usia pensiun dimana sebagian dari lansia hanya mengandalkan hidup dari tunjangan hari tuanya. Selain masalah finansial, pensiun juga berarti kehilangan teman sejawat, berarti interaksi sosial pun berkurang memudahkan seorang lansia mengalami depresi, keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan nutrisi.

10. *Iatrogenic* Menderita Penyakit Pengaruh Obat-Obatan)

Lansia sering menderita penyakit lebih dari satu jenis sehingga membutuhkan obat yang lebih banyak, apalagi sebagian lansia sering menggunakan obat dalam jangka waktu yang lama tanpa pengawasan dokter sehingga dapat menimbulkan penyakit. Akibat yang ditimbulkan antara lain efek samping dan efek dari interaksi obat-obat tersebut yang dapat mengancam jiwa

11. *Insomnia* (Sulit tidur)

Berbagai keluhan gangguan tidur yang sering dilaporkan oleh lansia yaitu sulit untuk masuk kedalam proses tidur, tidurnya tidak dalam dan mudah terbangun, jika

terbangun sulit untuk tidur kembali, terbangun dini hari, lesu setelah bangun di pagi hari. Kondisi insomnia tersebut dapat terjadi karena kondisi gangguan cemas, depresi, delirium, demensia hingga perasaan tertekan (*distress*).

12. *Immuno-Deficiency* (Penurunan sistem kekebalan tubuh)

Penurunan daya tahan tubuh disebabkan oleh proses penuaan akibat penurunan fungsi organ tubuh, juga disebabkan penyakit yang diderita, penggunaan obat-obatan, keadaan gizi yang menurun. Masalah kesehatan yang dapat terjadi akibat penurunan sistem imunitas tubuh ialah tuberkulosis yang meningkat kasusnya pada lansia.

13. *Impotence* (Gangguan seksual)

Impotensi atau ketidakmampuan melakukan aktivitas seksual pada usia lanjut terutama disebabkan oleh gangguan organik seperti gangguan hormon, syaraf, dan pembuluh darah dan juga depresi. Salah satunya adalah gangguan fungsi ereksi pada laki-laki yang dapat disebabkan oleh obat-obatan antihipertensi, diabetes melitus, merokok dan hipertensi yang kronis.

14. *Impaction* (Sulit Buang Air Besar)

Faktor yang mempengaruhi kesulitan buang air besar atau konstipasi pada lansia meliputi kurangnya gerak fisik, makanan yang kurang mengandung serat, kurang minum, akibat obat-obat tertentu dan lain-lain. Akibatnya pengosongan usus menjadi sulit atau isi usus menjadi tertahan, kotoran dalam usus menjadi keras dan kering dan

pada keadaan yang berat dapat terjadi penyumbatan didalam usus dan perut menjadi sakit.

2.1.7 Teori – Teori Proses Menua

Proses menua bersifat individual, yang mana setiap personal mengalami penuaan dimasa usia yang berbeda. Masing-masing lansia memiliki rutinitas atau gaya hidup yang berbeda-beda, serta tidak ada faktor apapun yang di temukan untuk menghambat proses penuaan. Adapun orang yang sudah lansia berpenampilan masih sehat, bugar dan tegap namun, harus diketahui bahwa ada sebagian penyakit yang banyak diderita oleh lansia. Seperti hipertensi, diabetes mielitus, asam urat, rematik, demensia senilis dan sakit ginjal.

Teori penuaan bisa dibedakan menjadi dua kelompok terdiri dari teori biologis dengan teori psikososial antara lain (Padila, 2013) :

1. Teori Biologis
 - a. Teori *Cross Linkage* (Rantai Silang)

Kalogen adalah suatu unsur pembentukan tulang diantara susunan molekuler, semakin lama maka bertambah kekakuannya (tidak elastis). Hal ini diakibatkan karena sel-sel yang sudah tua serta reaksi kimia yang menimbulkan jaringan sangat kuat.

- b. Teori Genetik

Menua secara genetik sudah terprogram bahwa material didalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetis terkait dengan frekuensi mitosis. Teori ini didasarkan

pada kenyataan bahwa spesies-spesies tertentu memiliki harapan hidup (*life span*) yang tertentu pula. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 100 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 10 kali, sesudah itu akan mengalami deteriorasi.

c. Teori Radikal Bebas

Radikal bebas merusak membran sel yang menyebabkan kerusakan dan kemunduran secara fisik.

d. Teori Imunologi

Pada proses metabolisme pada tubuh, pada saat tertentu zat khusus akan diproduksi. Adanya suatu jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan dengan zat tersebut hingga jaringan tubuh menjadi lemah.

e. Teori Stres Adaptasi

Menua dapat terjadi karena tidak adanya sel yang biasanya dipergunakan tubuh. Pembaruan jaringan tidak dapat mempertahankan keseimbangan lingkungan internal, usaha berlebihan dan stres dapat menyebabkan sel-sel tubuh mengalami kelelahan.

f. Teori *Wear and Tear*

Usaha berlebihan serta stres bisa mengakibatkan sel-sel menjadi lelah.

2. Teori Psikososial

a. Teori Integritas Ego

Pada teori ini mengidentifikasi tugas yang harus dipenuhi pada setiap perkembangannya. Tugas terakhir dari perkembangan yaitu menggambarkan kehidupan seseorang serta pencapaiannya. Kebebasan adalah hasil akhir dari mengatasi sebuah konflik diantara integritas ego dan keputusan.

b. Teori Stabilitas Personal

Individu pada seseorang berawal saat masa kanak-kanak serta bisa bertahan dengan stabil. Perbedaan yang radikal di usia tua dapat mengidiasikan penyakit pada otak.

3. Teori Sosiokultural

a. Teori Pembebasan (*Disengagement Theory*)

Menjelaskan bahwa semakin bertambahnya usia, maka seseorang secara bertahap akan mengasingkan diri dari kehidupan sosialnya, atau membatasi dirinya dari pergaulan disekelilingnya. Hal ini menyebabkan interaksi sosial pada lansia berkurang, sehinga mengakibatkan kehilangan ganda meliputi: kehilangan peran, hantaman kontak sosial, berkurangnya komitmen.

b. Teori Aktifitas

Penuaan tergantung dari apa yang dirasakan atas sebuah kepuasan saat melakukan aktifitas dan cara menjaga kegiatan tersebut selama mungkin. Adapun kualitas aktifitas lebih prioritaskan dibandingkan kuantitas aktifitas yang dilakukan.

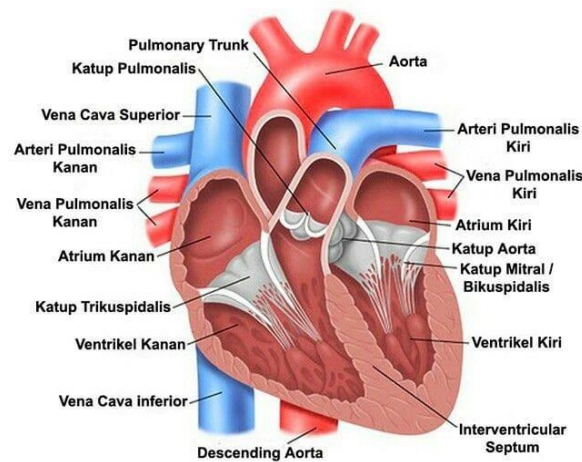
c. Teori Konsekuensi Fungsional

Pada teori ini menjelaskan mengenai konsekuensi fungsional pada usia lanjut yang mempunyai hubungan dengan faktor resiko tambahan dan perubahan yang terjadi akibat usia.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Anatomi Fisiologi

1. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Jantung
Sumber Gambar Aspiani (2016)

a. Jantung

Jantung merupakan organ utama sistem kardiovaskular, berotot dan berongga, terletak di rongga toraks bagian mediastinum. Jantung adalah organ muskular yang tersusun atas dua atrium dan dua ventrikel. Jantung dikelilingi oleh kantung perikardium yang terdiri atas dua lapisan, yaitu : Lapisan visceral (sisi dalam) dan Lapisan parietalis (sisi luar). Dinding jantung mempunyai tiga lapisan, yaitu: Epikardium merupakan lapisan terluar memiliki struktur yang sama dengan perikardium visceral, miokardium merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan konstruksi, dan endokardium merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katup jantung (Aspiani, 2016).

Jantung mempunyai empat katup, yaitu : trikuspidalis, mitralis (katup AV), pulmonalis (katup semilunaris), dan aorta (katup semilunaris). Jantung memiliki 4 ruang yaitu atrium kanan, atrium kiri dan ventrikel kanan. Atrium terletak diatas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu arah. Antara rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum (Aspiani, 2016).

b. Pembuluh Darah

Setiap sel didalam tubuh secara langsung bergantung pada keutuhan dan fungsi sistem vaskuler, karena darah dari jantung akan dikirim ke setiap sel melalui sistem tersebut. Sifat struktural dari setiap bagian sistem sirkulasi darah sistemik menentukan peran fisiologinya dalam integrasi fungsi kardiovaskular. Keseluruhan sistem

peredaran (sistem kardiovaskular) terdiri atas arteri, arteriola, kapiler, venula, dan vena (Aspiani, 2016).

Arteri adalah pembuluh darah yang tersusun atas tiga lapisan (intima, media, dan adventitia) yang membawa darah yang mengandung oksigen dari jantung ke jaringan. Arteriol adalah pembuluh darah dengan resistensi kecil yang memvaskularisasi kapiler. Kapiler menghubungkan dengan arteriol menjadi venula (pembuluh darah yang lebih besar yang bertekanan lebih rendah dibandingkan dengan arteriol), dimana zat gizi dan sisa pembuangan mengalami pertukaran. Venula bergabung dengan kapiler menjadi vena. Vena adalah pembuluh yang berkapasitas-besar, dan bertekanan rendah yang membalikkan darah yang tidak berisi oksigen ke jantung (Aspiani, 2016).

2. Fisiologi

a. Siklus Jantung

Siklus jantung merupakan periode ketika jantung kontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat ventrikel kontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel. Pada siklus jantung, sistole (kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai berkontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta

dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali (Aspiani, 2016).

b. Tekanan Darah

Tekanan darah (*blood pressure*) adalah tenaga yang diupayakan oleh darah untuk melewati setiap unit atau daerah dari dinding pembuluh darah, timbul dari adanya tekanan pada dinding arteri. Tekanan arteri terdiri atas tekanan sistolik, tekanan diastolik, tekanan pulsasi, tekanan arteri rerata. Tekanan sistolik yaitu tekanan maksimum dari darah yang mengalir pada arteri saat ventrikel jantung berkontraksi, besarnya sekitar 100-140 mmHg. Tekanan diastolik yaitu tekanan darah pada dinding arteri pada saat jantung relaksasi, besarnya sekitar 60-90 mmHg. Tekanan darah sesungguhnya adalah ekspresi dari tekanan sistolik dan tekanan diastolik 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. Viskositas dan elastisitas pembuluh darah (Aspiani, 2016)

2.2.2 Definisi

Menurut Triyanto (2014) hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik diatas 90 mmHg. Tekanan darah fase sistolik 140 mmHg menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 mmHg menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung.

2.2.3 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu (Nahak, 2019) :

1. Hipertensi Primer (Hipertensi Esensial)

Hipertensi primer disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. faktor yang mempengaruhinya yaitu: genetik, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis sistem renin, angiotensin dan peningkatan Na⁺ Ca intraseluler. Faktor-faktor yang meningkatkan risiko yaitu: obesitas, merokok, alcohol, polisitemia, asupan lemak jenuh dalam jumlah besar, dan stres.

2. Hipertensi Sekunder

Penyebab dari hipertensi sekunder meliputi: koarktasio aorta, stenosis arteri renalis, penyakit parenkim ginjal, pemakaian preparat kontrasepsi oral, kokain, epoetin alfa dan hipertensi yang ditimbulkan oleh kehamilan.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Menurut Ruhyandudin dalam Nahak (2019), manifestasi klinis yang ditemukan pada penderita hipertensi yaitu : sakit kepala, jantung berdebar-debar, sulit bernapas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat, mudah lelah, penglihatan kabur, wajah memerah, hidung berdarah atau mimisan, sering buang air kecil terutama di malam hari, telinga berdenging (tinutis), vertigo, mual, muntah, gelisah.

Hipertensi sulit disadari oleh seseorang karena hipertensi tidak memiliki gejala khusus. Gejala-gejala yang mudah diamati antara lain yaitu : gejala ringan seperti pusing atau sakit kepala, sering gelisah, wajah merah, tengkuk teras pegal, mudah marah, telinga berdeging, sukar tidur, sesak napas, tengkuk rasa berat, mudah lelah, mata berkunang-kunang dan mimisan (darah keluar dari hidung) (Nahak, 2019).

2.2.5 Klasifikasi

Klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa menurut *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Bloods 13 Preassure* (JNC) ke-VIII dalam terbagi menjadi kelompok normal, prahipertensi, hipertensi stadium I, hipertensi stadium II, dan stadium III (Nahak, 2019).

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VIII

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi ringan (Stadium I)	140-159	90-99
Hipertensi sedang (Stadium II)	160-179	100-109
Hipertensi berat (Stadium III)	>180	>110

2.2.6 Komplikasi

Menurut Yahya dalam Apriani (2018), tekanan darah tinggi apabila tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut, komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ-organ sebagai berikut:

1. Jantung

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan terjadinya gagal jantung dan penyakit jantung koroner. Pada penderita hipertensi, beban kerja jantung akan meningkat, otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitasnya, yang disebut dekompensasi. Akibatnya, jantung tidak mampu lagi memompa sehingga banyak cairan tertahan diparu maupun jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak napas atau oedema, kondisi ini disebut gagal jantung.

2. Otak

Komplikasi hipertensi pada otak, menimbulkan risiko stroke, apabila tidak diobati risiko terkena stroke 7 kali lebih besar.

3. Ginjal

Tekanan darah tinggi juga menyebabkan kerusakan ginjal, tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan di dalam ginjal akibatnya lambat laun ginjal tidak mampu membuang zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan di dalam tubuh.

4. Mata

Pada mata hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya retinopati hipertensi dan dapat menimbulkan kebutaan.

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah di atas 140/90 mmHg. Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi (Mulyani, 2019) :

1. Penatalaksanaan Nonfarmakologi

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

a. Mempertahankan berat badan ideal

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

b. Mengurangi asupan natrium (sodium)

Mengurangi asupan sodium dilakukan dengan melakukan diet rendah garam yaitu tidak lebih dari 100 mmol/hari (kira-kira 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/hari), atau

dengan mengurangi konsumsi garam sampai dengan 2300 mg setara dengan satu sendok teh setiap harinya. Penurunan tekanan darah sistolik sebesar 5 mmHg dan tekanan darah diastolik sebesar 2,5 mmHg dapat dilakukan dengan cara mengurangi asupan garam menjadi ½ sendok teh/hari.

c. Batasi konsumsi alkohol

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

d. Konsumsi K dan Ca yang cukup dari diit

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

e. Menghindari merokok

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

f. Penurunan stres

Stres yang terlalu lama dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah sementara. Menghindari stres pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara relaksasi seperti relaksasi otot, yoga atau meditasi yang dapat mengontrol sistem saraf sehingga menurunkan tekanan darah yang tinggi.

g. Terapi relaksasi progresif

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

2. Penatalaksanaan Farmakologi

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

a. Golongan Diuretik

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

b. Penghambat Adrenergik

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

c. ACE-Inhibitor

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

d. Angiotensin-II-bloker

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

e. Antagonis Kalsium

Antagonis kalsium menyebabkan melebarnya pembuluh darah dengan mekanisme yang berbeda.

f. Vasodilator langsung menyebabkan melebarnya pembuluh darah.

Kedaruratan hipertensi (misalnya hipertensi maligna) memerlukan obat yang menurunkan tekanan darah tinggi dengan cepat dan segera. Beberapa obat bisa menurunkan tekanan darah dengan cepat dan sebagian besar diberikan secara intravena : diazoxide, nitroprusside, nitroglycerin, labetalol.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Data Umum

a. Umur

Seiring dengan bertambahnya usia, maka prevalensi hipertensi juga meningkat. Mayoritas penderita hipertensi berasal dari kelompok usia 35-44 tahun (Tirtasari & Kodim, 2019).

b. Jenis Kelamin

Kebanyakan penderita hipertensi adalah laki-laki, sehingga laki-laki memiliki risiko untuk terkena hipertensi lebih tinggi daripada perempuan (Tirtasari & Kodim, 2019).

c. Keluhan Utama

Proporsi penderita hipertensi berdasarkan keluhan utama terdapat lebih tinggi pada kategori mengalami sakit kepala diikuti dengan lemas, berdebar dan detak jantung, nyeri dada dan sesak nafas (Sugiarta & Satriyasa, 2015).

d. Riwayat Penyakit Sekarang

Beberapa hal yang harus diungkapkan pada setiap gejala yaitu sakit kepala kelelahan, pundak terasa berat.

e. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah klien pernah mengalami sakit yang sangat berat.

f. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga pernah mengalami penyakit yang sama.

2. Pengkajian Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Doenges, Moorhouse dan Geissler (2014) hal-hal yang perlu dikaji sebagai adalah berikut, yaitu :

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : kelelahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.

Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, dan takipnea.

b. Sirkulasi

Gejala : riwayat penyakit, aterosklerosis, penyakit jantung koroner, dan penyakit serebrovaskuler.

Tanda : kenaikan TD (pengukuran serial dari tekanan darah) diperlukan untuk menegakkan diagnosis. Hipertensi postural mungkin berhubungan dengan regimen obat.

c. Integritas ego

Gejala : riwayat kepribadian, ansietas, faktor stres multiple.

Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan continue perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gejala : adanya gangguan ginjal saat ini atau (seperti obstruksi atau riwayat penyakit ginjal pada masa lalu).

e. Makanan/cairan

Gejala : makanan yang disukai mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kolesterol.

Tanda : berat badan (BB) normal atau obesitas, adanya edema.

f. Neurosensori

Gejala : keluhan pusing, sakit kepala, berdenyut sakit kepala, berdenyut, gangguan penglihatan, episode epistaksis.

Tanda : perubahan orientasi, penurunan kekuatan genggaman, perubahan retinal optik.

g. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : angina, nyeri hilang timbul pada tungkai, sakit kepala, oksipital berat, nyeri abdomen.

h. Pernapasan

Gejala : dispnea yang berkaitan dengan aktivitas, takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal proksimal, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok.

Tanda : distres respirasi/penggunaan otot aksesoris pernapasan, bunyi nafas tambahan, diagnosis.

i. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural.

j. Pembelajaran/Penyuluhan

Gejala : faktor resiko keluarga; hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM, penyakit ginjal, faktor etnik, penggunaan pil keluarga berencana (KB) atau hormon.

3. Pengkajian Status Fungsional

Pengkajian status fungsional mencakup pengukuran kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, penentuan kemandirian, mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien, serta menciptakan pemilihan intervensi yang tepat. Pengkajian status fungsional dilakukan dengan menggunakan instrumen tertentu untuk membuat penilaian secara objektif. Diantaranya adalah Indeks Katz dan Barthel Indeks, sebagai berikut :

a. Indeks Katz

Tabel 2.2 Indeks Katz

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, minum, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua hal, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada ke-enam fungsi tersebut

b. Barthel Indeks

Tabel 2.3 Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Aktivitas ke toilet	5	10
3	Berpindah dari kursi roda atau sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur	5-10	15
4	Kebersihan diri, mencuci muka, menyisir rambut dan menggosok gigi	0	5
5	Mandi	0	5
6	Berjalan di permukaan datar	10	25
7	Naik turun tangga	5	10
8	Berpakaian	5	10
9	Mengontrol defekasi	5	10
10	Mengontrol berkemih	5	10
	Total		100

Interpretasi :

- 0-20 : Ketergantungan
- 21-61 : Ketergantungan berat/sangat tergantung
- 62-90 : Ketergantungan berat
- 91-99 : Ketergantungan ringan
- 100 : Mandiri

4. Pengkajian Status Kognitif/Afektif

Pengkajian status kognitif/afektif merupakan pemeriksaan status mental untuk menggambarkan perilaku dan kemampuan mental serta fungsi intelektual. Pengkajian

ditekankan pada tingkat kesadaran, perhatian, keterampilan bahasa, ingatan interpretasi bahasa, keterampilan menghitung dan menulis serta kemampuan konstruksional. Pengkajian ini meliputi *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*, *Mini Mental State Exam (MMSE)*, *Inventaris Depresi Beck (IDB)*, *Skala Depresi Geriatrik Yesavage*.

a. *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

Pengkajian ini digunakan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Instrument SPMSQ terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis. Penilaian dalam pengkajian SPMSQ adalah nilai 1 jika rusak/salah dan nilai 0 tidak rusak/benar.

Tabel 2.4 *Short Portable Mental Status Questionnaire (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 anak anda?
		6	Kapan anda lahir?

		7	Siapakah Presiden Indonesia saat ini?
		8	Siapakah Presiden Indonesia sebelumnya?
		9	Siapakah nama ibu anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari angka baru semua secara menurun
		Total	

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

b. *Mini-Mental State Exam (MMSE)*

Mini-Mental State Exam (MMSE) digunakan untuk menguji aspek kognitif dari fungsi mental: orientasi, registrasi, perhatian, kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

Tabel 2.5 *Mini-Mental State Exam (MMSE)*

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan <ul style="list-style-type: none"> • Tahun • Musim • Tanggal • Hari • Bulan
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada? <ul style="list-style-type: none"> • Negara • Provinsi

	Registrasi	3		<ul style="list-style-type: none"> • Kabupaten <p>Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kursi • Meja • Kertas
3	Perhatian dan Kalkulasi	5		<p>Meminta klien berhitung mulai dari 100, kemudian dikurangi 7 sampai 5 tingkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100, 92, ..., ..., ...
4	Mengingat	3		<p>Meminta klien untuk menyebutkan objek pada poin 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kursi • Meja • ...
5	Bahasa	9		<p>Menanyakan kepada klien tentang benda (sambil menunjuk benda tersebut)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jendela • Jam dinding • ... <p>Meminta klien untuk mengulang kata berikut “tanpa, jika, dan, atau, tetapi”. Klien menjawab “..., dan, atau, tetapi”</p> <p>Ambil pulpen di tangan anda, ambil kertas, menulis “saya mau tidur”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambil pulpen • Ambil kertas • ... <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar (2 buah segi 5)</p>
Total		30		

Interpretasi :

24-30 : Normal

17-33 : Probable gangguan kognitif

0-16 : Definitif gangguan kognitif

c. *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Geriatric Depression Scale (GDS) merupakan salah satu instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat depresi pada lansia. Instrumen GDS terdiri dari 30 item pertanyaan (*GDS Long Version*) dan dapat dimampatkan menjadi hanya 15 item pertanyaan (*GDS Short Version*). Beberapa nomor jawaban “Ya” dicetak tebal dan beberapa nomor lain jawaban “Tidak” tidak dicetak tebal. Jawaban yang dicetak tebal memiliki nilai 1 apabila dipilih.

Tabel 2.6 *Geriatric Depression Scale (GDS)*

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

Total	
-------	--

Interpretasi :

- 0-4 : Normal
- 5-8 : Depresi Ringan
- 9-11 : Depresi Sedang
- 12-15 : Depresi Berat

5. Pengkajian Tingkat Keseimbangan *Time Up dan Go* (TUG)

Time Up dan Go (TUG) merupakan pemeriksaan yang bertujuan untuk mengukur tingkat keseimbangan dan risiko jatuh pada lansia. Pada pemeriksaan TUG pasien diminta untuk berjalan dengan atau tanpa menggunakan alat bantu jalan sejauh 3 meter, dimulai dengan duduk dan ketika pemeriksian mengatakan “Go” pasien mulai berjalan sepanjang yang telah ditentukan dan kembali duduk seperti semula. Waktu dicatat saat pasien mulai berdiri hingga duduk kembali. Guna memperoleh hasil yang lebih tepat, pemeriksaan dapat dilakukan sebanyak 3 kali kemudian diambil rerata waktu tempuh.

Tabel 2.7 Dokumentasi *Time Up dan Go* (TUG)

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1		
2		
3		
Rata-rata Waktu TUG		

Interpretasi :

- < 14 detik : Tidak beresiko jatuh
- > 20 detik : Resiko tinggi jatuh

- > 22 detik : Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan
- > 30 detik : Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

6. Pengkajian Status Gizi *Mini-Nutritional Assessment* (MNA)

Mini-Nutritional Assessment (MNA) *Short-Form* merupakan pemeriksaan yang digunakan untuk mengidentifikasi status gizi pada lansia. Instrumen pemeriksaan MNA terdiri dari 6 pertanyaan pada asupan makanan, penurunan berat badan, mobilitas, stres psikologis atau penyakit akut, kehadiran demensia atau depresi, dan indeks massa tubuh (BMI). Bila tinggi dan / atau berat tidak dapat dinilai, maka skoring alternatif untuk BMI meliputi pengukuran lingkaran betis.

Tabel 2.8 *Mini Nutritional Assessment* (MNA)

Skrining		Skor
A	<p>Mengalami penurunan asupan makanan lebih dari 3 bulan selama adanya penurunan nafsu makan, gangguan pencernaan, menelan dan kesulitan menelan makanan</p> <p>0 = Adanya penurunan asupan makanan yang besar</p> <p>1 = Adanya penurunan asupan makanan yang sedang</p> <p>2 = Tidak ada penurunan asupan makanan</p>	
B	<p>Mengalami penurunan berat badan selama tiga bulan terakhir</p> <p>0 = Penurunan BB >3 Kg</p> <p>1 = Tidak diketahui</p> <p>2 = Penurunan BB 1-3 Kg</p> <p>3 = Tidak mengalami penurunan BB</p>	
C	Mobilitas	

	<p>0 = Tidak dapat turun dari tempat tidur / kursi roda</p> <p>1 = Dapat turun dari tempat tidur / kursi roda namun tidak dapat berjalan jauh</p> <p>2 = Dapat berjalan jauh</p>	
D	<p>Mengalami stres psikologis atau memiliki penyakit akut tiga bulan terakhir</p> <p>0 = Ya</p> <p>2 = Tidak</p>	
E	<p>Mengalami gangguan neuropsikologis</p> <p>0 = Mengalami demensia atau depresi berat</p> <p>1 = Mengalami demensia ringan</p> <p>2 = Tidak mengalami gangguan neuropsikologis</p>	
F1	<p>Indeks massa tubuh (IMT)</p> <p>0 = IMT < 19</p> <p>1 = IMT 19-21</p> <p>2 = IMT 21-23</p> <p>3 = >23</p>	
<p>Jika IMT tidak dapat diukur ganti pertanyaan F1 dengan F2 Jangan menjawab pertanyaan F2 jika pertanyaan F1 sudah terpenuhi</p>		
F2	<p>Lingkar betis (cm)</p> <p>0 = jika < 31</p> <p>3 = jika > 31</p>	

Interpretasi :

- 12-14 : Status gizi normal
- 8-11 : Resiko mengalami malnutrisi
- 0-7 : Mengalami malnutrisi

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang hipertensi menurut Nurarif & Kusuma (2015), yaitu :

1. Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
 - b. BUN/kreatinin : memberikaan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
 - c. Glukosa : hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
 - d. Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
2. CT scan : mengkaji adanya tumor serebral, encelopati
3. EKG : dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
4. IVP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : Batu ginjal, perbaikan ginjal
5. Photo dada : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut Doenges, Moorhouse dan Geissler (2014), diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut :

1. Risiko penurunan curah jantung dikaitkan dengan perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas atau perubahan preload (SDKI, D.0011).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia atau peningkatan tekanan vaskuler serebral) (SDKI, D.0077).
3. Risiko perfusi serebral tidak efektif dikaitkan dengan hipertensi (SDKI, D.0017).
4. Defisit pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi (SDKI, D.0111).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.9 Konsep Intervensi Keperawatan pada Hipertensi

No	Diagnosa (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)	Tujuan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)	Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
1	<p>Risiko penurunan curah jantung diakaitkan dengan perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas atau perubahan preload (SDKI, D.0011)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah membaik Kekuatan nadi perifer meningkat Perasaan lelah (SLKI, L.02008) 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi tanda/gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung Monitor tekanan darah Monitor keluhan nyeri dada <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Posisikan semi fowler/fowler dengan kaki ke bawah/posisi nyaman Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat Berikan dukungan emosional dan spiritual <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap (SIKI, I. 02075)
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia atau peningkatan tekanan vaskuler serebral) (SDKI, D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri berkurang Sikap protektif berkurang Gelisah berkurang 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi karakteristik nyeri Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan terapi non-farmakologis untuk mengurangi nyeri

		<p>d. Kesulitan tidur berkurang</p> <p>e. Frekuensi nadi dalam rentang normal</p> <p>(SLKI, L.08066)</p>	<p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>(SIKI, I.08238)</p>
3	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif dikaitkan dengan hipertensi</p> <p>(SDKI, D.0017)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p>a. Sakit kepala menurun</p> <p>b. Gelisah menurun</p> <p>c. Nilai rata-rata tekanan darah membaik</p> <p>(SLKI, L.02014)</p>	<p>Observasi :</p> <p>a. Monitor penyebab peningkatan TIK</p> <p>b. Monitor peningkatan TD</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</p> <p>b. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan tujuan dan hasil pemantauan</p> <p>b. Informasikan hasil pemantauan</p> <p>(SIKI, I.05178).</p>
4.	<p>Defisit pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>(SDKI, D.0111).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <p>a. Perilaku sesuai anjuran meningkat</p> <p>b. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat</p> <p>c. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p> <p>(SLKI, L.12111)</p>	<p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p>

			<ul style="list-style-type: none"> b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (SIKI, I.12383).
--	--	--	---

2.3.4 Implementasi Keperawatan

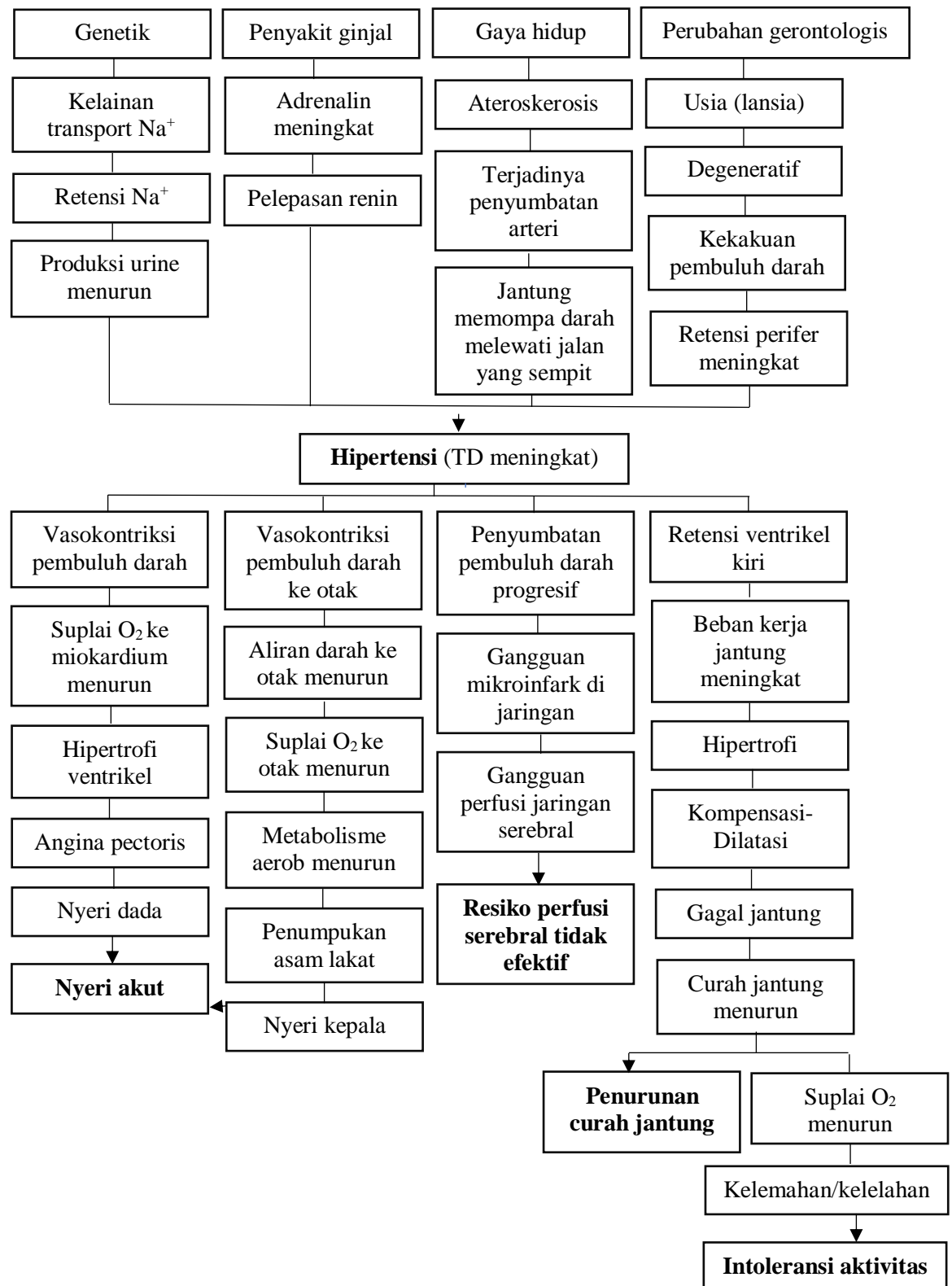
Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dengan tujuan untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik. Implementasi keperawatan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan dan pelaksanaannya berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian respon klien secara berkelanjutan terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan oleh perawat dengan mengacu pada kriteria hasil yang telah ditetapkan pada rumusan tujuan diawal. Evaluasi

keperawatan dibagi menjadi dua yakni evaluasi formatif atau proses yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan evaluasi sumatif atau hasil yang didapatkan dari perbandingan antara respon klien terhadap tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (Supratti & Ashriady, 2016).

2.4 Kerangka Masalah Keperawatan



Gambar 2.2 *Web of Caution (WOC) Hipertensi*

Sumber Gambar Mulyani (2019)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang dimulai dari tahapan pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi serta evaluasi keperawatan pada tanggal 1 November sampai dengan 3 November 2021 di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

3.1 Konsep Lansia

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Ny.S, berjenis kelamin perempuan, usia 67 tahun, beragama Islam, dari suku Jawa, dan bertempat tinggal di Surabaya. Klien berstatus janda, riwayat pendidikan tidak pernah sekolah, riwayat pekerjaan serabutan dengan sumber pendapatan tidak tetap. Klien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama ± 4 bulan dan tidak ada keluarga yang dapat dihubungi. Pengkajian dilakukan pada tanggal 1 November 2021.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

Keluhan utama yang dirasakan Ny.S adalah nyeri kepala hingga tengkuk. Selama tiga bulan terakhir klien mengatakan sering merasa sakit kepala, menggunakan kacamata karena penglihatan kurang baik dan menggunakan alat bantu jalan tripod. Ny.S memiliki riwayat hipertensi dan pernah mengalami stroke satu kali sebelum

masuk panti. Selama berada di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya Ny. S mendapatkan terapi obat Amlodipine 1 x 5 mg, Vit B Complex 1 x 150 mg.

3.1.3 Status Fisiologis

Ny.S mengalami perubahan status fisiologis antara lain sering mengalami sakit pada area kepala hingga tengkuk akibat tekanan darah tinggi yang dialaminya. Postur tubuh bungkuk, kaki mengalami penurunan kekuatan sehingga Ny.S harus berdiri atau berjalan dengan pelan dan hati-hati menggunakan alat bantu jalan tripod. Pengelihan menurun dan memerlukan kacamata untuk melihat dengan jelas.

1. Keadaan umum baik, tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,5 °C.
2. Berat badan 48 kg, tinggi badan 156 cm, IMT 19,8 (normal).

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

Ny.S mengeluh sakit kepala, tidak ada pusing, tidak ada gatal pada kulit kepala, bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka, rambut pendek dan dominan berwarna putih.

2. Mata

Pada Ny.S bentuk mata simetris, pengelihan kabur, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, menggunakan alat bantu kaca mata, tidak ada strabismus, tidak

ada kekeringan pada mata, tidak ada nyeri, tidak ada gatal, tidak ada photobobia, tidak ada diplopia, dan tidak ada riwayat infeksi dan tidak ada riwayat katarak.

3. Hidung

Pada Ny.S bentuk hidung simetris, tidak ada rhinorrhea, tidak ada discharge, tidak ada epistaksis, tidak ada riwayat obstruksi, tidak ada snoring, tidak ada alergi, tidak ada riwayat infeksi dan tidak ada gangguan pada fungsi penciuman.

4. Mulut dan Tenggorokan

Pada Ny.S tidak ada nyeri telan, tidak ada kesulitan menelan/mengunyah, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan gusi, tidak ada karies, tidak ada perubahan rasa, tidak ada gigi palsu, tidak ada riwayat infeksi, mukosa bibir lembab dan pola sikat gigi 2 x/hari.

5. Telinga

Pada Ny.S terdapat penurunan pendengaran, tidak ada discharge berlebih, tidak ada tinitus, tidak ada vertigo, tidak ada alat bantu dengar, tidak ada riwayat infeksi, kebiasaan membersihkan telinga jarang.

6. Leher

Pada Ny.S tidak ditemukan adanya kekakuan, terkadang sakit kepala hingga tengkuk belakang, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.

7. Pernapasan

Pada Ny.S tidak ditemukan adanya batuk, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing dan tidak ada riwayat asma.

8. Kardiovaskuler

Pada Ny.S bentuk dada normochest, tidak ada *chest pain*, tidak ada palpitasi, tidak ada murmur dan tidak ada edema.

9. Gastrointestinal

Pada Ny.S bentuk perut normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada distensi abdomen, tidak ada nausea dan vomiting, tidak ada hematemesis dan melena, tidak ada hemorrhoid, bising usus 12 x/menit dan pola BAB 3-4 hari sekali.

10. Perkemihan

Pada Ny.S tidak ada dysuria, tidak ada inkontinensia, tidak ada hematuria, tidak ada nyeri saat berkemih dan pola BAK 6-7 x/hari.

11. Reproduksi (Perempuan)

Pada Ny.S tidak ada lesi, tidak ada discharge, tidak ada poscoital bleeding, tidak ada nyeri pelvis, tidak ada prolaps, pernah menstruasi (sekarang sudah menopause), aktivitas seksual saat ini tidak pernah dan tidak pernah pap smear.

12. Muskuloskeletal

Pada Ny.S ditemukan kelemahan pada tubuh bagian bawah dan menggunakan alat bantu jalan tripod. Kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 4444/4444. Tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh membungkuk, rentang gerak bebas, reflek bisep +/+, reflek trisep +/+.

13. Integrumen

Pada Ny.S didapatkan warna kulit normal sawo matang, hangat, tekstur kering, turgor kulit kurang elastis, tidak ada luka/lesi.

14. Hematopoetic

Pada Ny.S tidak didapatkan adanya perdarahan abnormal, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak anemia.

15. Persyarafan

Pada Ny.S didapatkan GCS : E4 V5 M6, pemeriksaan pulsasi didapatkan CRT < 2 detik, jari-jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah. Pengkajian nyeri yakni P : akibat penyakit darah tinggi yang diderita, Q : nyeri seperti cekot-cekot, R : nyeri pada kepala hingga tengkuk, S : nyeri skala 3 (0-10), T : nyeri hilang timbul .

Pengkajain nervus 12 pada Ny.S antara lain :

N.I (*Olfactorius*) : Ny.S dapat mengidentifikasi bau

N.II (*Optikus*) : Ny.S dapat melihat dengan baik

N.III (*Okulomotorius*) : Pada Ny.S pergerakan pupil simetris, pupil isokor +/-

N.IV (*Troklearis*) : Pada Ny.S pergerakan mata baik, dapat menggerakkan pupil ke kanan dan ke kiri

N.V (*Trigeminus*) : Ny.S dapat membuka mulut dan mengunyah

N.VI (*Abdusen*): Pada Ny.S pergerakan mata baik, dapat menggerakkan mata ke arah lateral

N.VII (*Fasialis*) : Ny.S dapat mengerutkan dahi dan senyum simetris

N.VIII (*Vestibulocochlearis*) : Ny.S dapat mendengarkan suara jentikan jari pada kedua telinga

N.IX (*Glossofaringeal*) : Pada Ny.S uvula berada di tengah

N.X (*Vagus*) : Ny.S dapat menelan dengan baik

N.XI (*Aksesoris*) : Ny.S dapat menolehkan leher tanpa menggerakkan bahu

N.XI (*Hipoglossus*) : Ny.S bicara sedikit pelo dan lidah kurang simetris

3.1.5 Pengkajian Psikososial dan Spiritual

1. Pengkajian Psikososial

Hubungan Ny.S dengan lansia lain yang tinggal sekamar baik, mampu bersosialisasi dan hidup berdampingan. Hubungan dengan Ny.S orang lain di panti

hanya sebatas kenal karena Ny.S jarang pergi jauh dari kamarnya. Kebiasaan Ny.S berinteraksi dan berbincang dengan lansia lain saat duduk santai bersama.

2. Spiritual

Ny.S beragama Kristen dan beribadah dengan cara berdo'a dan melakukan ibadah tanpa adanya hambatan. Ny.S berharap selalu diberikan kekuatan untuk hidup mengatakan sudah siap jika dipanggil oleh Tuhan kapan saja karena Ny.S merasa sebatang kara sudah tidak memiliki siapa-siapa lagi dalam hidupnya.

3.1.6 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

Pada pemukiman Griya Wreda Jambangan Surabaya luas bangunan sekitar 2.887 m² dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genting, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik. Ventilasi 15 % luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Panti terbagi menjadi tiga blok yakni blok A khusus klien laki-laki, blok B dan C untuk klien perempuan, terdapat meja dan kursi jaga perawat di depan masing-masing blok. Panti memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap, tempat tidur yang diatur sedemikian rupa untuk masing-masing klien, satu bilik kamar mandi dan WC pada masing-masing ruang kamar, galon air minum dan tempat sampah di depan ruang kamar. Panti menggunakan air PDAM untuk kebutuhan sehari-hari dan air galon untuk konsumsi. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa pada masing-masing ruang kamar.

Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas yang bertugas membersihkan ruang kamar membuang sampah setiap hari.

2. Fasilitas

Fasilitas yang tersedia di Griya Wreda Jambangan Surabaya antara lain terdapat pos jaga di depan, bangunan kamar yang dibagi menjadi blok A, B dan C, taman dan lahan untuk fasilitas olahraga luasnya 20 m² dengan gazebo kecil di tengah blok A dan B, ruang makan/pertemuan, sarana hiburan berupa TV, *sound system*, VCD dan sarana ibadah (mushola).

3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat pos keamanan yang terletak di halaman depan, sistem keamanan berupa APAR untuk penanggulangan kebakaran, memiliki kendaraan mobil ambulance dan mini bus.

4. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga penyebaran informasi secara langsung.

3.1.7 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan

1. Kemampuan ADL (*Activity Daily Living*)

Pemeriksaan ADL dengan menggunakan Indeks Barthel didapatkan bahwa Ny.S memiliki ketergantungan ringan dengan skor Indeks Barthel 95.

2. Aspek Kognitif

Pemeriksaan dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental State Examination*) didapatkan bahwa Ny.S mampu menjawab 11 pertanyaan dari 30 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga didapatkan hasil klien mengalami gangguan kognitif berat.

3. Tingkat Kerusakan Intelektual

Pemeriksaan dengan menggunakan SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questioner*) didapatkan bahwa dari total 10 pertanyaan Ny.S bisa menjawab 4 pertanyaan dengan baik, yang artinya klien memiliki fungsi intelektual dengan kerusakan sedang.

4. Tes Keseimbangan

Pemeriksaan dengan menggunakan *Time Up Go Test* didapatkan hasil TUG 16 detik yang berarti Ny.S memiliki keseimbangan yang kurang dengan resiko tinggi jatuh.

5. Tingkat Kecemasan dan Depresi

Pemeriksaan dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* didapatkan hasil 4 yang mengindikasikan bahwa Ny.S tidak mengalami depresi.

6. Status Nutrisi

Pemeriksaan determinan nutrisi pada Ny.S didapatkan hasil 2 yang mengindikasikan bahwa Ny.S memiliki status nutrisi *good* (baik).

3.1.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Penunjang

Pada Ny.S didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah pada tanggal 1 November 2021 yakni 150/90 mmHg.

2. Terapi

Tabel 3.1 Terapi Obat pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Amlodipine	1 x 5 mg	Untuk mengurangi tekanan darah tinggi
Vit B Complex	1 x 150 mg	Untuk meningkatkan stamina tubuh

3.1.1 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Pada Ny.S ditemukan data bahwa klien menggunakan alat bantu melihat kacamata dan alat bantu jalan tripod. Klien makan 3x/hari dengan porsi habis, minum \pm 1800 cc/hari. Klien mengatakan sering terganggu saat sakit kepala yang tiba-tiba muncul. Terkadang sulit untuk tidur nyenyak karena banyak nyamuk, tidur jam 21.00/22.00 WIB dan terbangun pada pukul 04.00/05.00 WIB dan mandi sekitar pukul 06.00 WIB dan sering tidur siang. Untuk mengisi waktu luang biasanya klien duduk di tempat tidur

atau didepan kamar dan berbincang dengan lansia lainnya. Frekuensi BAB klien yaitu 3-4 hari sekali dengan konsistensi lunak, frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari. Klien mandi 2 kali sehari secara mandiri namun dengan hati-hati dan mengganti baju 1 kali sehari.

3.2 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya

No	Data	Penyebab	Masalah
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa sakit kepala - P : Akibat penyakit darah tinggi yang diderita Q : Cekot-cekot <p>R : Kepala hingga tengkuk</p> <p>S : Skala 3 (Rentang 0-10)</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Tidur klien menjadi lebih sering saat sakit 	Agen pencedera fisiologis (iskemia)	Nyeri akut
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa sakit kepala - Klien mengatakan pernah mengalami stroke 1 kali <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan tekanan darah klien didapatkan 150/90 mmHg 	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan harus berhati-hati saat berpindah dan berjalan agar tidak jatuh - Klien mengatakan kadang merasakan nyeri pada kaki saat berpindah dan berjalan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot ekstermitas bawah 	Kekuatan otot menurun	Risiko jatuh

	<p>4444/4444</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat berpindah dan berjalan - Klien menggunakan alat bantu jalan tripod 		
4	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mudah lupa - Klien tidak mampu mengingat dimana ia berada - Klien tidak mampu mengingat bagaimana ia bisa berada di panti <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mampu melakukan pengurangan mundur 	Proses penuaan	Gangguan memori

3.2 Prioritas Masalah

Tabel 3.3 Prioritas Masalah pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	1 November 2021	3 November 2021	Aida
2	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi	1 November 2021	3 November 2021	Aida
3	Risiko jatuh d.d penurunan kekuatan otot	1 November 2021	3 November 2021	Aida
4	Gangguan memori b.d proses penuaan	1 November 2021	3 November 2021	Aida

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia) (SDKI, D.0077: Hal.174)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Sikap meringis menurun 3. Gelisah menurun (SLKI, L.08066: Hal.145)	Intervensi : Manajemen nyeri Observasi 1. Monitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas intensitas, skala nyeri 2. Monitor respon nyeri non verbal 3. Monitor faktor yang memperberat dan meringankan nyeri Terapeutik 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi 5. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (SIKI, I.08238: Hal.201)
2	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (SDKI, D.0017: Hal.51)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut : a. Sakit kepala menurun b. Gelisah menurun	Intervensi : Perawatan jantung Observasi 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor keluhan nyeri dada Terapeutik 3. Berikan diit jantung yang sesuai (membatasi asupan natrium dan makanan tinggi lemak) 4. Berikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi 5. Anjurkan beraktivitas fisik

		c. Nilai rata-rata tekanan darah membaik (SLKI, L.02014)	sesuai toleransi (SIKI, I. 02075)
3	Risiko jatuh d.d penurunan kekuatan otot (SDKI, D.05143: Hal.306)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh saat berdiri menurun 2. Jatuh saat berjalan menurun 3. Jatuh saat di kamar mandi menurun (SLKI, L.14138: Hal.140)	Intervensi : Pencegahan jatuh Observasi 1. Identifikasi faktor resiko jatuh 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke luar kamar atau sebaliknya Terapeutik 4. Gunakan alat bantu berjalan (tripod) Edukasi 5. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 6. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah (SIKI, I.14540: Hal.279)
4	Gangguan memori b.d proses penuaan (SDKI, D.0062: Hal.140)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan memori meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kemampuan mengingat informasi meningkat 2. Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat 3. Verbalisasi pengalaman lupa	Intervensi : Orientasi realita Observasi 1. Monitor perubahan orientasi Terapeutik 2. Perkenalkan nama saat memulai interaksi 3. Orientasikan orang, tempat dan waktu 4. Hadirkan realita dengan penjelasan tanpa perdebatan Edukasi 5. Anjurkan penggunaan alat bantu (misal kacamata) (SIKI, I.09297, Hal : 235)

		menurun (SLKI, L.09079: Hal.64)	
--	--	---------------------------------------	--

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya

No. Dx	Tgl/Jam	Tindakan	TTD Perawat	Tgl/Jam	Catatan Perkembang	TTD Perawat
1,2,3,4	Senin 1/11/2021 15.30	- Memperkenalkan diri dan membina hubungan saling percaya dengan klien <i>R/ Ny.S menerima kehadiran mahasiswa dan perawat</i>	Aida	Senin 1/11/2021 21.00	Diagnosa 1 : Nyeri akut S :	Aida
1,2,3,4	15.32	- Menjaga privasi dan memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien <i>R/ Lingkungan kamar tampak tenang dan Ny.S tampak nyaman</i>	Aida		- Klien mengatakan merasa sakit kepala - P : Akibat penyakit darah tinggi yang diderita, Q : Cekot-cekot, R : Kepala hingga tengkuk, S : Skala 3 (Rentang 0-10), T : Hilang timbul - Klien mengatakan jika sakit tidak tertahan biasanya dibuat berbaring atau tidur	
1,2,3,4	15.34	- Berbincang dan mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian	Aida		- Klien mengatakan mengerti cara melakukan relaksasi nafas O :	

1	15.37	<p><i>R/ Ny.S menceritakan masalah dan keluhan yang dihadapi selama ada di panti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi keluhan sakit kepala yang dirasakan klien <p><i>R/ Ny.S mengatakan merasa sakit kepala dengan karakteristik P : Akibat penyakit darah tinggi yang diderita, Q : Cekot-cekot, R : Kepala hingga tengkuk, S : Skala 3 (Rentang 0-10), T : Hilang timbul</i></p>	Aida	21.00	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien tampak tidak dapat berpikir lama - Klien dapat mempraktikkan teknik relaksasi nafas <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 1,2 <p>Diagnosa 2 : Risiko perfusi serebral tidak efektif</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada - Klien mengatakan pernah mengalami stroke 1 kali <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan tekanan darah klien didapatkan 150/90 mmHg - Klien makan habis 1 porsi (nasi, lauk dan sayur) - Klien tampak mendengarkan dan menyetujui anjuran dari 	Aida
2	15.38	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dada pada klien <p><i>R/ Ny.S mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada</i></p>	Aida			
1	15.40	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mengatasi sakit kepala <p><i>R/ Ny.S mengatakan jika sakit kepala tidak tertahan biasanya dibuat berbaring atau tidur</i></p>	Aida			

1	15.42	- Mengajarkan klien teknik relaksasi nafas untuk meringankan sakit kepala <i>R/ Ny.S mengatakan mengerti cara melakukan relaksasi nafas</i>	Aida		perawat A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi 2,3	
1	15.47	- Menganjurkan klien untuk mengulangi teknik relaksasi bila sakit kepala muncul <i>R/ Ny.S tampak mendengarkan dan menyetujui anjuran dari perawat</i>	Aida	21.00	Diagnosa 3 : Risiko jatuh S : - Klien mengatakan harus menggunakan tongkat atau memegang benda sekitar saat berjalan - Klien mengatakan kadang merasakan nyeri pada kaki saat berpindah dan berjalan - Klien mengatakan sudah menggunakan sandal yang tidak licin	Aida
3	15.50	- Mengidentifikasi faktor resiko jatuh dan lingkungan sekitar klien <i>R/ Tempat tidur antar saling klien berdekatan dan tempat tidur Ny.S tidak jauh dengan kamar mandi</i>	Aida		O : - Klien tampak berhati-hati saat berpindah dan berjalan - Klien menggunakan alat bantu jalan tripod - Tempat tidur klien tidak jauh dengan kamar mandi - Tempat tidur antar saling klien berdekatan	
3	15.55	- Menganjurkan klien untuk menggunakan sandal yang tidak licin <i>R/ Ny.S tampak menggunakan sandal dan sandal yang digunakan tidak licin</i>	Aida			
3	15.57	- Menganjurkan klien untuk memanggil perawat bila membutuhkan bantuan	Aida			

4	16.00	<p><i>R/ Ny.S tampak mendengarkan dan menyetujui anjuran dari perawat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi orientasi pasien 	Aida		<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 3 	
4	16.07	<p><i>R/ Ny.S mengatakan tidak tau hari ini hari apa, tampak tidak mampu mengingat dimana ia berada dan bagaimana ia bisa berada di panti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengorientasikan orang, tempat dan waktu pada klien 	Aida	21.00	<p>Diagnosa 4 : Gangguan memori</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mudah lupa - Klien mengatakan tidak tau hari ini hari apa <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mampu mengingat dimana ia berada - Klien tidak mampu mengingat bagaimana ia bisa berada di panti - Klien tidak mampu melakukan pengurangan mundur - Klien dapat menyebutkan hari, tanggal dan bulan setelah diorientasikan 	Aida
4	16.10	<p><i>R/ Ny.S dapat menyebutkan hari, tanggal dan bulan setelah diorientasikan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan realita yang ada di sekitar pasien 	Aida			
4	16.12	<p><i>R/ Ny.S tampak mendengarkan perawat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan penggunaan alat bantu (kacamata) pada klien 	Aida			
2	16.14	<p><i>R/ Ny.S tampak menggunakan kacamata dalam beraktivitas sehari-hari</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi tanda-tanda vital klien <p><i>R/ GCS : 456, TD : 150/90 mmHg, N : 82 x/menit,, RR : 20 x/menit</i></p>	Aida		<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi 2,4 	

2	16.17	- Menyemangati klien untuk terus semangat, makan dan tidur tepat waktu serta berpikir hal-hal yang positif <i>R/ Ny.S tampak mendengarkan dan mengiyakan anjuran dari perawat</i>	Aida			
2	16.19	- Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan secara bertahap <i>R/ Ny.S tampak mendengarkan dan mengiyakan anjuran dari perawat</i>	Aida			
1,2,3,4	16.30	- Memonitor riwayat perawatan klien pada RM klien <i>R/ Ny.S didapatkan memiliki riwayat stroke dan mendapat terapi amlodipine serta vit.B complex</i>	Aida			
2	18.00	- Menyiapkan makan malam klien <i>R/ Ny.S tampak makan dengan lahap dan makan habis 1 porsi</i>	Aida			

	Selasa 2/11/2021			Selasa 2/11/2021		
1,2,3,4	15.20	- Menyapa dan memperkenalkan diri ulang pada klien <i>R/ Ny.S menerima kehadiran mahasiswa dan berusaha mengingat mahasiswa</i>	Aida	21.00	Diagnosa 1 : Nyeri akut S :	Aida
1,2,3,4	15.22	- Menjaga privasi dan memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien <i>R/ Lingkungan kamar tampak tenang dan Ny.S tampak nyaman</i>	Aida		- Klien mengatakan sakit kepala masih ada - P : Akibat penyakit darah tinggi yang diderita, Q : Cekot-cekot, R : Kepala hingga tengkuk, S : Skala 3 (Rentang 0-10), T : Hilang timbul	
1,2,3,4	15.24	- Berbincang dan mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian <i>R/ Ny.S menceritakan keluhan yang dirasakan saat ini</i>	Aida		- Klien mengatakan belum mengulangi kembali relaksasi nafas saat sakit kepala muncul - Klien mengatakan saat berbaring sakit kepala sedikit berkurang	
2	15.26	- Mengobservasi tanda-tanda vital klien <i>R/ GCS : 456, TD : 150/90 mmHg, N : 84 x/menit, RR : 20 x/menit</i>	Aida		O :	
2	15.27	- Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dada pada klien <i>R/ Ny.S mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada</i>			- Klien tampak gelisah - Klien dapat mengulangi teknik relaksasi nafas A : - Masalah teratasi sebagian P : - Ulangi intervensi 1,2	

1	15.28	- Mengevaluasi keluhan sakit kepala yang dirasakan klien <i>R/ Ny.S mengatakan sakit kepala masih ada, P : Akibat penyakit darah tinggi yang diderita, Q : Cekot-cekot, R : Kepala hingga tengkuk, S : Skala 3 (Rentang 0-10), T : Hilang timbul</i>	Aida	21.00	Diagnosa 2 : Risiko perfusi serebral tidak efektif S : - Klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada - Klien mengatakan dapat melakukan aktivitas sehari-hari sendiri O : - Hasil pemeriksaan tekanan darah klien didapatkan 150/90 mmHg - Klien makan habis 1 porsi (nasi, lauk dan sayur) - Klien tampak mendengarkan dan menyetujui anjuran dari perawat A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi 2,3	Aida
1	15.35	- Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengatasi sakit kepala <i>R/ Ny.S mengatakan belum mengulangi kembali relaksasi nafas saat sakit kepala muncul Ny.S juga mengatakan saat berbaring sakit kepala sedikit berkurang</i>	Aida			
2	15.37	- Menganjurkan klien untuk makan dan minum yang cukup serta minum obat tepat waktu <i>R/ Ny.S tampak mendengarkan dan mengiyakan anjuran dari perawat</i>	Aida			
3	15.40	- Memonitor kemampuan klien berpindah dari tempat tidur ke luar kamar atau sebaliknya <i>R/ Ny.S tampak berhati-hati saat berpindah dan berjalan. Ny.S menggunakan alat bantu jalan tripod. Ny.S juga terkadang tampak berpegangan pada dinding atau benda sekitar saat berpindah</i>	Aida	21.00	Diagnosa 3 : Resiko jatuh S : - Klien mengatakan berpindah atau berjalan dengan perlahan - Klien mengatakan bisa berdiri	Aida

3	15.42	- Memonitor keluhan yang dirasakan klien saat berpindah <i>R/ Ny.S mengatakan bisa berdiri dan jalan sendiri menggunakan tongkat atau memegang benda sekitar tanpa ada kesulitan</i>	Aida		dan jalan sendiri menggunakan tongkat atau memegang benda sekitar tanpa ada kesulitan O : - Klien tampak berhati-hati saat berpindah dan berjalan - Klien menggunakan alat bantu jalan tripod - Klien terkadang tampak berpegangan pada dinding atau benda sekitar saat berpindah	
4	15.44	- Memonitor orientasi klien <i>R/ Ny.S mengatakan tidak mengenal mahasiswa dan mengatakan tidak tahu hari apa</i>	Aida		A : - Masalah teratasi sebagian P : - Ulangi intervensi 2,6	
4	15.46	- Menjelaskan ulang realita yang ada di sekitar klien <i>R/ Ny.S dapat mengenali mahasiswa setelah diorientasikan kembali. Ny.S dapat menyebutkan hari setelah diorientasikan kembali. Ny.S juga mampu melakukan pengurangan mundur</i>	Aida		Diagnosa 4 : Gangguan memori	
2	14.48	- Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan secara bertahap <i>R/ Ny.S mengatakan dapat melakukan aktivitas sehari-hari sendiri</i>	Aida	21.00	S : - Klien mengatakan tidak mengenal mahasiswa - Klien mengatakan tidak tahu hari apa	Aida
2	15.50	- Menyemangati pasien untuk terus semangat menjalani hidup dan berpikir hal-hal yang positif <i>R/ Ny.S tampak mendengarkan dan mengiyakan anjuran dari perawat</i>	Aida		O : - Klien dapat mengenali mahasiswa setelah diorientasikan kembali - Klien dapat menyebutkan hari	

2	18.00	- Menyiapkan makan malam klien <i>R/ Ny.S tampak makan dengan lahap dan makan habis 1 porsi</i>	Aida		setelah diorientasikan kembali - Klien mampu melakukan pengurangan mundur A : - Masalah teratasi sebagian P : - Ulangi intervensi 2,4	
---	-------	--	------	--	--	--

	Rabu 3/11/2021			Rabu 3/11/2021		
1,2,3,4	16.10	- Menyapa dan memperkenalkan diri ulang pada klien <i>R/ Ny.S menerima kehadiran mahasiswa dan berusaha mengingat mahasiswa</i>	Aida	21.00	Diagnosa 1 : Nyeri akut S :	Aida
1,2,3,4	16.12	- Menjaga privasi dan memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien <i>R/ Lingkungan kamar tampak nyaman dan Ny.S tampak tenang</i>	Aida		- Klien mengatakan sakit kepala sedikit berkurang - P : Akibat penyakit darah tinggi yang diderita, Q : Cekot-cekot, R : Kepala hingga tengkuk, S : Skala 1 (Rentang 0-10), T : Hilang timbul	
1,2,3,4	16.15	- Berbincang dan mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian <i>R/ Ny.S menceritakan keluhan yang dirasakan saat ini</i>	Aida		- Klien mengatakan sudah melakukan relaksasi nafas dalam saat sakit kepala datang - Klien mengatakan mencoba berbaring agar sakit kepala berkurang	
2	16.17	- Mengobservasi tanda-tanda vital klien <i>R/ GCS : 456, TD : 145/90 mmHg, N : 83 x/menit,, RR : 20 x/menit</i>	Aida		O :	
2	16.19	- Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri dada pada klien <i>R/ Ny.S mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada</i>	Aida		- Klien tampak tenang - Klien dapat mengulangi teknik relaksasi nafas	
					A :	
					- Masalah teratasi sebagian	
					P :	
					- Hentikan intervensi	

1	16.20	- Mengevaluasi keluhan sakit kepala yang dirasakan klien <i>R/ Ny.S mengatakan sakit kepala sedikit berkurang dengan karakteristik P : Akibat penyakit darah tinggi yang diderita, Q : Cekot-cekot, R : Kepala hingga tengkuk, S : Skala 1 (Rentang 0-10), T : Hilang timbul</i>	Aida	21.00	Diagnosa 2 : Risiko perfusi serebral tidak efektif S : - Klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada - Klien mengatakan dapat melakukan aktivitas sehari-hari sendiri O : - Hasil pemeriksaan tekanan darah klien didapatkan 145/90 mmHg - Klien makan habis 1 porsi (nasi, lauk dan sayur) - Klien tampak mendengarkan dan menyetujui anjuran dari perawat A : - Masalah teratasi sebagian P : - Hentikan intervensi Diagnosa 3 : Resiko jatuh S : - Klien mengatakan berpindah atau berjalan dengan perlahan	Aida
1	16.22	- Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengatasi sakit kepala <i>R/ Ny.S mengatakan sudah melakukan relaksasi nafas dalam saat sakit kepala datang dan dapat mengulangi teknik relaksasi nafas</i>	Aida			
2	16.25	- Mengevaluasi konsumsi obat dan diit pasien selama di panti <i>R/ Ny.S mengatakan bahwa makan selalu habis dan minum obat tepat waktu</i>	Aida			
2	16.27	- Menganjurkan pasien untuk makan dan minum yang cukup serta minum obat tepat waktu <i>R/ Ny.S tampak mendengarkan dan mengiyakan anjuran dari perawat</i>	Aida	21.00		Aida

3	16.30	- Memantau kemampuan klien dalam berpindah atau berjalan <i>R/ Ny.S tampak berhati-hati saat berpindah dan berjalan, menggunakan alat bantu jalan tripod dan sesekali berpegangan pada dinding atau benda sekitar saat berpindah</i>	Aida		- Klien mengatakan bisa berdiri dan jalan sendiri menggunakan tongkat atau memegang benda sekitar tanpa ada kesulitan O :	
2,3	16.33	- Memonitor keluhan klien dalam beraktivitas <i>R/Ny.S mengatakan dapat berpindah atau berjalan dengan perlahan dengan tongkat tanpa ada keluhan</i>	Aida		- Klien tampak berhati-hati saat berpindah dan berjalan - Klien menggunakan alat bantu jalan tripod - Klien sesekali berpegangan pada dinding atau benda sekitar saat berpindah	
4	16.35	- Memonitor orientasi pasien <i>R/ Ny.S dapat mengingat dan mengenali mahasiswa serta dapat menyebutkan hari dengan tepat</i>	Aida		A : - Masalah teratasi sebagian P :	
4	16.37	- Mengapresiasi kemampuan klien dalam mengingat <i>R/ Ny.S tampak tenang dan antusias saat berbincang dengan mahasiswa</i>	Aida	21.00	Diagnosa 4 : Gangguan memori S :	Aida
2	16.40	- Menyemangati klien untuk terus semangat menjalani hidup dan berpikir hal-hal yang positif <i>R/ Ny.S tampak mendengarkan dan mengiyakan anjuran dari perawat</i>	Aida		- Klien mengatakan ingat pada mahasiswa - Klien menyebutkan hari dengan benar O :	
					- Klien dapat mengingat dan mengenali mahasiswa	

2	17.50	- Mempersiapkan makan malam klien <i>R/ Ny.S tampak makan dengan lahap dan makan habis 1 porsi</i>	Aida		- Klien dapat menyebutkan hari dengan tepat A : - Masalah teratasi sebagian P : - Hentikan intervensi	
---	-------	---	------	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di Ruang Anggrek Griya Wreda Jambangan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 1 November 2021 sampai dengan 3 November 2021. Adapun masalah tersebut dilakukan melalui pendekatan study kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik di lapangan. Pembahasan untuk asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajain pada Ny.S didapatkan dengan melakukan anamnesa pada klien dan, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari data observasi medis klien.

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan Ny.S berjenis kelamin perempuan, usia 67 tahun, beragama Islam, dari suku jawa, dan bertempat tinggal di Surabaya. Klien berstatus janda, riwayat pendidikan tidak pernah sekolah, riwayat pekerjaan serabutan dengan sumber pendapatan tidak tetap. Klien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama \pm 4 bulan dan tidak ada keluarga yang dapat dihubungi.

Risiko kejadian hipertensi semakin meningkat dengan bertambahnya usia, hal ini disebabkan oleh berkurang atau bahkan hilangnya elastisitas jaringan khususnya pembuluh darah yang berangsur-angsur menyempit dan kaku sehingga membuat

tekanan darah meningkat (Sundari & Bangsawan, 2015). Faktor lain yang juga berhubungan yakni jenis kelamin, kecenderungan hipertensi lebih tinggi pada perempuan disebabkan oleh faktor menopause yang dialami oleh perempuan. Kadar estrogen lebih rendah pada perempuan yang telah mengalami menopause, sedangkan estrogen memiliki peran penting dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL) untuk menjaga kesehatan pembuluh darah (Fatah, 2019). Sedangkan rata-rata perempuan memasuki usia menopause pada awal umur 51 tahun atau pertengahan umur 50-an (Asifah & Daryanti, 2021).

Hal ini sejalan dengan kasus yang terjadi pada Ny.S dimana Ny.S telah memasuki bahkan melebihi usia menopause yakni 67 tahun serta berjenis kelamin perempuan yang semakin meningkatkan kecenderungan kejadian hipertensi. Hal ini disebabkan oleh menurunnya fungsi tubuh khususnya pembuluh darah yang menjadi mengalami kekakuan atau penurunan elastisitas seiring dengan bertambahnya usia. Hal lain adalah menurunnya kadar estrogen dalam tubuh yang berdampak pada penurunan kadar HDL dalam perannya menjaga kesehatan pembuluh darah sehingga berakibat pada peningkatan tekanan darah.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Didapatkan bahwa Ny.S mengeluh nyeri kepala hingga tengkuk. Gejala klasik pada pasien hipertensi antara lain epistaksis, tinnitus, pusing dan gejala yang paling sering muncul salah satunya adalah nyeri kepala (Setyawan & Kusuma, 2014a). Nyeri kepala yang timbul pada hipertensi disebabkan oleh kerusakan vaskuler seperti perubahan struktur pada pembuluh darah dan pembuluh darah

perifer. Hal tersebut menjadikan pembuluh darah mengalami penyempitan dan penyumbatan yang dapat mengganggu aliran pembuluh darah pada jaringan. Sehingga terjadi penurunan oksigen dan peningkatan karbondioksida pada jaringan yang alirannya terganggu. Akibatnya terjadi metabolisme anaerob yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka kapiler pada otak sehingga muncul gejala nyeri kepala.

2. Riwayat penyakit sekarang

Ny.S klien mengatakan sering merasa sakit kepala, menggunakan kacamata karena pengelihatannya kurang baik dan menggunakan alat bantu jalan. Seiring dengan bertambahnya usia ketajaman pengelihatannya juga semakin berkurang akibat penurunan lensa melemah (Pratama et al., 2020). Gangguan pengelihatannya dapat diringankan dengan penggunaan alat bantu seperti kacamata untuk lansia. Individu yang mengalami hambatan mobilitas fisik cenderung menggunakan alat bantu gerak, seperti kursi roda, tongkat tunggal, tongkat kaki empat, dan walker (Lilyanti et al., 2019). Lansia cenderung mengalami berbagai kemunduran fisik salah satunya adalah penurunan kekuatan otot yang menjadikan alat gerak lansia melemah kemampuannya sehingga lansia dapat sangat terbantu dengan adanya alat bantu jalan.

3. Riwayat penyakit dahulu

Pada Ny.S didapatkan pernah mengalami kejadian stroke. Hipertensi menjadikan tekanan darah perifer sehingga berakibat pada perburukan sistem hemodinamik dan terjadilah penebalan pembuluh darah serta hipertrofi dari otot jantung. Hal tersebut juga diperburuk oleh kebiasaan merokok dan konsumsi

makanan tinggi lemak serta garam yang dapat menimbulkan plak aterosklerosis. Hipertensi akan memicu timbulnya stroke apabila terbentuk plak aterosklerosis secara terus menerus (Puspitasari, 2020). Hipertensi yang dialami oleh Ny.S bisa jadi merupakan salah satu faktor pemicu dari sekian banyak penyebab kejadian stroke lainnya.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik diperoleh beberapa masalah yang dapat digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko, dalam hal ini yang ditampilkan hanya data fokus dari Ny.S. Adapun pemeriksaan fisik yang dilakukan berdasarkan *Head to Toe* seperti dibawah ini :

1. Muskuloskeletal

Pada Ny.S ditemukan kelemahan pada tubuh bagian bawah dan menggunakan alat bantu jalan tripod. Kekuatan otot ekstermitas atas 5555/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 4444/4444. Tidak ada edema, tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, reflek bisep +/+, reflek trisep +/+. Salah satu faktor yang menjadi penyebab utama gangguan keseimbangan postural pada lansia adalah faktor penuaan yang membuat lansia mengalami berbagai penurunan kemampuan organ, sungsi dan sistem tubuh. Salah satu diantaranya adalah perubahan struktur otot, yaitu penurunan jumlah dan ukuran serabut otot (atrofi otot) (Murtiyani & Suidah, 2019). Hal tersebut menyebabkan penurunan kekuatan otot pada lansia dalam hal ini khususnya pada ekstremitas. Akibatnya mobilitas lansia berkurang dan lansia beradaptasi pada kemunduran yang terjadi dengan melambankan pergerakan.

2. Persyarafan

GCS : E4 V5 M6, pemeriksaan pulsasi didapatkan CRT < 2 detik, jari-jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah. Pengkajian nyeri didapatkan P : Nyeri muncul secara tiba-tiba, Q : Nyeri seperti tertimpa benda berat, R : Nyeri pada kepala hingga tengkuk, S : Nyeri skala 3 (0-10), T : Nyeri hilang timbul. Didapatkan bahwa Ny.S mengeluh nyeri kepala hingga tengkuk. Gejala klasik pada pasien hipertensi antara lain epistaksis, tinnitus, pusing dan gejala yang paling sering muncul salah satunya adalah nyeri kepala (Setyawan & Kusuma, 2014b).

Nyeri kepala yang timbul pada hipertensi disebabkan oleh kerusakan vaskuler seperti perubahan struktur pada pembuluh darah dan pembuluh darah perifer. Hal tersebut menjadikan pembuluh darah mengalami penyempitan dan penyumbatan yang dapat mengganggu aliran pembuluh darah pada jaringan. Sehingga terjadi penurunan oksigen dan peningkatan karbondioksida pada jaringan yang alirannya terganggu. Akibatnya terjadi metabolisme anaerob yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka kapiler pada otak sehingga muncul gejala nyeri kepala.

Ny.S juga didapatkan menggunakan alat bantu kacamata untuk melihat. Lansia erat kaitannya dengan presbiopi, dimana hal ini terjadi karena lensa kehilangan elastisitas dan kaku, otot penyangga lensa lemah, ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh dan dekat berkurang (Rudi & Setyanto, 2019). Penurunan kemampuan untuk melihat pada lansia membutuhkan penanganan lebih lanjut salah satunya dengan penggunaan kacamata sebagai alat bantu melihat dengan baik

seperti yang alami oleh Ny.S serta berguna juga untuk mencegah risiko jatuh pada lansia

4.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan fisik khususnya tensi pada tanggal 1 November 2021 didapatkan tekanan darah Ny.S 150/90 mmHg. Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan systole > 140 mmHg dan tekanan diastole >90 mmHg dimana tekanan tersebut mengalami kenaikan yang melebihi batas normal. Sesuai dengan ACC/AHA 2017 tekanan sistolik >140 mmHg dan tekanan diastolik >90 mmHg masuk dalam kategori hipertensi tingkat 2 (Ngurah, 2020). Pada kasus Ny.S didapatkan tekanan sistolik 150 dan tekanan diastolik 90 mmHg, hal ini mengindikasikan adanya hipertensi tingkat 2 pada Ny.S.

4.2 Diagnosis Keperawatan

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

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh nyeri, merasa depresi (tertekan), tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas. Sedangkan tanda dan gejala minor meliputi : merasa takut mengalami cedera berulang, bersikap

protektif, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri.

Pada Ny.S didapatkan data-data saat pengkajian meliputi tanda dan gejala mayor yakni, klien mengeluh nyeri kepala dengan karakteristik P : muncul secara tiba-tiba, Q : cekot-cekot, R : kepala hingga tengkuk, S : skala 3 (rentang 0-10), T : hilang timbul. Sedangkan tanda dan gejala minor yakni klien tampak meringis, tidur klien menjadi lebih sering saat sakit. Pada penemuan data-data tersebut penulis mengangkat diagnosa keperawatan nyeri akut. Perubahan yang terjadi pada penuaan adalah berkurangnya kecepatan aliran darah dalam tubuh. Hal ini akibat dari pengecilan otot jantung, menurunnya elastisitas dinding pembuluh darah arteri dan aterosklerosis. Epineprin (adrenalin) dilepaskan ke dalam darah selama stres dan cemas menyebabkan detak jantung meningkat, pembuluh darah menyempit dan kepala pusing. (Priyo et al., 2017). Pada pasien hipertensi pembuluh darah mengalami gangguan sehingga mengakibatkan suplai O₂ dan nutrisi yang menuju jaringan tubuh mengalami gangguan, begitu pula dengan O₂ dan nutrisi yang menuju otak juga terganggu sehingga sensasi nyeri kepala dirasakan oleh pasien hipertensi (Haris et al., 2017).

Analisis penulis pada Ny.S dengan usia 67 tahun yang masuk dalam kategori lansia dimana sudah terjadi proses penuaan yang ditandai dengan berbagai kemunduran fisik maupun psikologis. Salah satunya adalah penurunan elastisitas dinding pembuluh darah arteri yang ditambah dengan riwayat hipertensi menjadikan pembuluh darah mengalami kekakuan hingga penyempitan. Akibatnya aliran darah ke otak menurun (iskemia) dan jaringan pada otak kekurangan oksigen sehingga muncul gejala pusing atau sakit kepala.

2. Risiko perfusi serebral tidak efektif dikaitkan dengan hipertensi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) risiko perfusi serebral tidak efektif adalah berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Disertai dengan faktor risiko meliputi, keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial, penurunan kerja ventrikel kiri, aterosklerosis aorta, diseksi arteri, fibrilasi atrium, tumor otak, stenosis karotis, miksuma atrium, aneurisma serebri, koagulapati (mis. anemia sel sabit), dilatasi kardiomiopati, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme, cedera kepala, hiperkolestronemia, hipertensi, endokarditis inefektif, katup prostetik mekanis, stenosis mitral, neoplasma otak, infark miokard akut, sindrom *sick sinus*, penyalahgunaan zat, terapi trombolitik, dan efek samping tindakan (mis.tindakan operasi *bypass*).

Pada Ny.S didapatkan data-data saat pengkajian meliputi faktor risiko yakni hipertensi dimana hasil pemeriksaan tekanan darah klien didapatkan 150/90 mmHg. Pada kondisi hipertensi terjadi daya desak aliran darah pada pembuluh darah mengakibatkan tekanan darah semakin meningkat. Akibat peningkatan tekanan darah maka dikhawatirkan terjadi penyumbatan pada pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah yang ditandai dengan nyeri kepala hebat akibat peregangan vaskuler serebral atau sekunder (Anggraini, 2020).

Analisis penulis pada Ny.S dengan tekanan darah tinggi yang meningkat membuat Ny.S lebih berisiko mengalami penurunan perfusi serebral. Hal tersebut memungkinkan munculnya berbagai tanda dan gejala sebagai pertanda awal terjadinya masalah. Seperti yang terjadi pada Ny.S dimana Ny.S mengeluhkan

adanya sakit kepala disamping didapatkan hasil pemeriksaan tekanan darah yang tinggi serta riwayat stroke yang pernah dialami sebelumnya.

3. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) risiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Disertai dengan faktor risiko meliputi, usia ≥ 65 tahun atau ≤ 2 tahun, riwayat jatuh, anggota gerak bawah prostesis, penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman, kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati dan efek agen farmakologi.

Pada Ny.S didapatkan data-data saat pengkajian meliputi faktor risiko yakni usia ≥ 65 tahun, penggunaan alat bantu berjalan, kekuatan otot menurun, gangguan penglihatan (presbiopi). Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko jatuh pada lansia antara lain faktor intrinsik yakni penurunan fungsi penglihatan dan kelemahan ekstremitas serta faktor ekstrinsik seperti kurangnya cahaya ruangan, lantai yang licin, tersandung benda-benda, kursi roda yang tidak terkunci, turun tangga, tali sepatu dan alas kaki yang kurang pas (Rudi & Setyanto, 2019).

Analisis penulis pada Ny.S dengan penurunan kekuatan kaki membuat Ny.S lebih mudah untuk jatuh. Ny.S memerlukan alat bantu untuk menyangga tubuh agar lebih seimbang saat berdiri maupun berjalan. Pada kondisi tersebut Ny.S menggunakan tripod sebagai alat bantu ataupun berpegangan pada benda-benda sekitar saat berpindah. Kondisi penurunan ketajaman penglihatan juga menjadikan

Ny.S sangat beresiko untuk jatuh. Karena pengelihan yang menurun dapat membuat Ny.S sulit untuk melihat benda atau lingkungan disekitarnya yang mungkin dapat membuatnya terjatuh akibat tersandung ataupun terpeleset.

4. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) gangguan memori adalah ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor yakni, melaporkan pernah mengalami pengalaman lupa, tidak mampu mempelajari keterampilan baru, tidak mampu mengingat informasi faktual, tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan, tidak mampu mengingat peristiwa, tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya. Sedangkan tanda dan gejala minor antara lain lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan, merasa mudah lupa.

Pada Ny.S didapatkan data-data saat pengkajian meliputi tanda dan gejala mayor yakni, klien mengatakan mudah lupa, klien tidak mampu mengingat dimana ia berada, klien tidak mampu mengingat bagaimana ia bisa berada di panti. Sedangkan tanda dan gejala minor yakni klien tidak mampu melakukan pengurangan mundur. Pada penemuan data-data tersebut penulis mengangkat diagnosis keperawatan gangguan memori. Perubahan anatomi dan fisiologi pada proses menua mengakibatkan terjadi penurunan berbagai fungsi otak secara wajar, diantara fungsi intelektual yang menurun seiring berlanjutnya usia adalah kemampuan memori atau daya ingat berupa kemunduran kemampuan penamaan (*naming*) dan kecepatan mencari kembali informasi yang telah tersimpan dalam

memori jangka panjang (*Speed of information retrieval from memory*) (Saputra & Yusiana, 2014).

Analisis penulis pada Ny.S didapatkan kemunduran dalam mengingat dan berpikir dimana Ny.S tidak dapat mengingat kejadian-kejadian yang sudah dialami dan penurunan dalam proses berpikir. Hal tersebut sebagai beberapa gejala yang umumnya terjadi pada lansia akibat penurunan fungsi intelektual yang menyebabkan penurunan dalam mengingat maupun kecepatan menerima informasi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Penyusunan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Setiap diagnosis keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang diberikan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

Tujuan yang ingin dicapai penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, sikap meringis menurun, gelisah menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana keperawatan yang akan diberikan kepada Ny.S dengan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) antara lain: monitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas intensitas, skala nyeri, monitor respon nyeri non-verbal, monitor faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Nyeri kepala pada hipertensi dapat ditangani dengan tindakan farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi terhadap hipertensi dapat melibatkan pemakaian 1 kelas obat atau lebih seperti deuretik, penyekat Bbeta-Adrenergik, simpatolitik kerja pusat, Vasodilatator, Inhibitor, Angiotensi-Converting-Enzyme (ACE), penyekat reseptor angiotensin II (ARB), dan penyekat saluran kalsium. Sedangkan secara non farmakologi dapat dilakukan tindakan merubah gaya hidup dan diet, aktivitas dan latihan seperti olah raga teratur, serta menurunkan stres dengan melakukan teknik relaksasi seperti yoga, sentuhan terapi, meditasi, serta latihan nafas dalam (Lisdianto et al., 2022).

Teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri kepala melalui mekanisme dengan merelaksasikan otot-otot seklet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah ke otak dan meningkatkan aliran darah ke otak dan mengalir ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik, teknik relaksasi nafas dalam juga mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yang endorphin dan enkefalin dalam (Lisdianto et al., 2022).

Berdasarkan pernyataan tersebut penulis memberi rencana intervensi manajemen nyeri salah satunya dengan mengajarkan kepada klien teknik non farmakologis relaksasi nafas dalam. Pelaksanaannya antara lain dengan menganjurkan klien melakukan nafas dalam secara perlahan (menahan inspirasi secara maksimal) dan menghembuskan nafas secara perlahan dengan dilakukan secara berulang untuk menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan.

2. Risiko perfusi serebral tidak efektif dikaitkan dengan hipertensi

Tujuan yang ingin dicapai penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: sakit kepala menurun, gelisah menurun, dan nilai rata-rata tekanan darah membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana keperawatan yang akan diberikan kepada Ny.S dengan risiko perfusi serebral tidak efektif antara lain: monitor tekanan darah, monitor keluhan nyeri dada, berikan diet jantung yang sesuai (membatasi asupan natrium dan makanan tinggi lemak), berikan dukungan emosional dan spiritual, anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tekanan darah merupakan salah satu interpretasi autoregulasi dari TIK yang dapat dimonitor setiap saat. Saat tekanan darah meningkat terjadi konstriksi pembuluh darah otak sehingga kebutuhan oksigen berkurang. Kondisi tekanan darah yang tinggi sekali juga dapat menjadikan pembuluh darah otak dilatasi sehingga aliran darah ke otak menjadi meningkat. Hal tersebut dapat mengakibatkan perubahan pada TIK, dimana perubahan TIK diantaranya berdampak pada penurunan kesadaran, sakit kepala, gangguan penglihatan dan muntah proyektil, dampak paling berbahaya dengan perubahan TIK adalah adanya herniasi otak (Sunardi, 2017).

Berdasarkan pernyataan tersebut penulis memberi rencana intervensi perawatan jantung salah satunya dengan memonitor tekanan darah klien secara berkala. Hal lain dilakukan sebagai bentuk deteksi dini terhadap adanya perburukan kondisi klien salah satunya adalah perubahan TIK. Sehingga tindakan lanjutan

dapat diantisipasi agar munculnya masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif dapat dikurangi atau bahkan diatasi.

3. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun

Tujuan yang ingin dicapai penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat di kamar mandi menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana keperawatan yang akan diberikan kepada Ny.S dengan risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun antara lain: identifikasi faktor risiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke luar kamar atau sebaliknya, gunakan alat bantu berjalan (tripod), anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko jatuh pada lansia antara lain faktor intrinsik yakni penurunan fungsi penglihatan dan kelemahan ekstremitas serta faktor ekstrinsik seperti kurangnya cahaya ruangan, lantai yang licin, tersandung benda-benda, kursi roda yang tidak terkunci, turun tangga, tali sepatu dan alas kaki yang kurang pas (Rudi & Setyanto, 2019). Adapun hal-hal yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi risiko jatuh lansia seperti, mempertahankan lingkungan sekitar yang adekuat, dan nyaman aman (Fauziah et al., 2019).

Berdasarkan pernyataan tersebut penulis memberi rencana intervensi pencegahan jatuh salah satunya dengan menganjurkan klien untuk menggunakan

alat bantu jalan dan alas kaki yang tidak licin karena hampir semua aktivitas lansia dilakukan didalam kamar atau di lingkungan panti serta setiap saat menggunakan alas kaki dalam hal ini adalah sandal. Hal lain yang juga dapat dilakukan adalah dengan memastikan bahwa lingkungan sekitar klien aman tidak mengancam keselamatan klien.

4. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan

Tujuan yang ingin dicapai penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan memori meningkat, dengan kriteria hasil: verbalisasi kemampuan mengingat informasi meningkat, verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat, verbalisasi pengalaman lupa menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Rencana keperawatan yang akan diberikan kepada Ny.S dengan gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan antara lain: monitor perubahan orientasi, perkenalkan nama saat memulai interaksi, orientasikan orang, tempat dan waktu, hadirkan realita dengan penjelasan tanpa perdebatan, anjurkan penggunaan alat bantu (misal kacamata) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Fungsi organ tubuh akan semakin menurun baik karena faktor alamiah atau faktor penyakit karena akibat dari bertambahnya usia otak sebagai organ kompleks, pusat pengaturan sistem tubuh dan pusat kognitif merupakan salah satu organ tubuh yang rentan terhadap proses penuaan (Al-Finatunni'mah & Nurhidayati, 2020). Proses ingat dan lupa (*remembering and forgetting*) tidak terlepas dari proses belajar dan mengingat (*learning and memory*) (Saputra & Yusiana, 2014).

Berdasarkan pernyataan tersebut penulis memberi rencana intervensi orientasi realita salah satunya dengan mengorientasikan realita seperti orang, waktu, tempat dan kondisi yang sedang dihadapi klien dengan penjelasan yang mudah diterima oleh klien. Hal ini diharapkan agar perlahan klien mengenal dan memahami realita yang sedang ada disekitarnya serta mulai mengingat hal-hal yang pernah dialaminya.

4.4 Implementasi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada klien sesuai dengan kondisi klien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 1 November 2021-3 November 2020. Implementasi untuk nyeri akut yaitu : a. Memonitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas intensitas, skala nyeri, b. Memonitor respon nyeri non verbal, c. Memonitor faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, d. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, e. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, f. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

2. Risiko perfusi serebral tidak efektif dikaitkan dengan hipertensi

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada klien sesuai dengan kondisi klien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 1 November 2021-3 November 2020. Implementasi untuk risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu : a. Memonitor tekanan darah, b. Memonitor keluhan nyeri dada, c. Memberikan diet jantung yang sesuai (membatasi asupan natrium dan makanan

tinggi lemak), d. Memberikan dukungan emosional dan spiritual, e. Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi.

3. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada klien sesuai dengan kondisi klien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 1 November 2021-3 November 2020. Implementasi untuk risiko jatuh yaitu : a. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh, b. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, c. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke luar kamar atau sebaliknya, d. Menggunakan alat bantu berjalan (tripod), e. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, f.. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.

4. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada klien sesuai dengan kondisi klien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 1 November 2021-3 November 2020. Implementasi untuk gangguan memori yaitu : a. Memonitor perubahan orientasi, b. Memperkenalkan nama saat memulai interaksi, c. Mengorientasikan orang, tempat dan waktu, d. Menghadirkan realita dengan penjelasan tanpa perdebatan, e. Menganjurkan penggunaan alat bantu (misal kacamata).

4.5 Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)

Evaluasi pada pemberian intervensi manajemen nyeri hingga hari ke-3 pada tanggal 3 November 2021 didapatkan hasil Ny.S mengatakan sakit kepala sedikit berkurang dengan karakteristik, P : Muncul secara tiba-tiba, Q : Cekot-cekot, R : Kepala hingga tengkuk, S : Skala 1 (Rentang 0-10), T : Hilang timbul. Klien juga mengatakan sudah melakukan relaksasi nafas dalam saat sakit kepala datang, klien juga mencoba berbaring agar sakit kepala berkurang. Klien juga tampak tenang serta dapat mengulangi teknik relaksasi nafas.

2. Risiko perfusi serebral tidak efektif dikaitkan dengan hipertensi

Evaluasi pada pemberian intervensi perawatan jantung hingga hari ke-3 pada tanggal 3 November 2021 didapatkan hasil Ny.S mengatakan tidak ada keluhan nyeri dada dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari sendiri. Hasil pemeriksaan tekanan darah klien didapatkan 145/90 mmHg, Ny.S tampak makan habis 1 porsi (nasi, lauk dan sayur) dan tampak mendengarkan dan menyetujui anjuran dari perawat.

3. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun

Evaluasi pada pemberian intervensi pencegahan jatuh hingga hari ke-3 pada tanggal 3 November 2021 didapatkan hasil Ny.S mengatakan dapat berpindah atau berjalan dengan perlahan, dapat berdiri dan jalan sendiri menggunakan tongkat atau memegang benda sekitar. Klien tampak berhati-hati saat berpindah dan berjalan, klien tampak menggunakan alat bantu jalan tripod, klien tampak sesekali berpegangan pada dinding atau benda sekitar saat berpindah.

4. Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan

Evaluasi pada pemberian intervensi orientasi pasien hingga hari ke-3 pada tanggal 3 November 2021 didapatkan hasil Ny.S mengatakan ingat pada mahasiswa, dapat menyebutkan hari dengan benar. Klien juga tampak dapat mengingat dan mengenali mahasiswa serta dapat menyebutkan hari dengan tepat.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny.S dengan Masalah Kesehatan Hipertensi dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya dapat ditarik simpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik dengan masalah kesehatan hipertensi.

5.1 Pengkajian Keperawatan

1. Pada pengkajian Ny.S didapatkan tanda dan gejala mayor yakni, klien mengeluh nyeri kepala dengan karakteristik P : muncul secara tiba-tiba, Q : cekot-cekot, R : kepala hingga tengkuk, S : skala 3 (rentang 0-10), T : hilang timbul. Sedangkan tanda dan gejala minor yakni klien tampak meringis, tidur klien menjadi lebih sering saat sakit.
2. Diagnosis keperawatan yang utama pada Ny.S adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia), karena pada kondisi klien terjadi proses penuaan yakni penurunan elastisitas dinding pembuluh darah arteri yang ditambah dengan riwayat hipertensi menjadikan pembuluh darah mengalami kekakuan hingga penyempitan. Akibatnya aliran darah ke otak menurun (iskemia) dan jaringan pada otak kekurangan oksigen sehingga muncul gejala pusing atau sakit kepala. Sehingga diagnosis utama yang sesuai yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia).
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan utama dengan tujuan utama adalah monitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas intensitas,

skala nyeri, monitor respon nyeri non-verbal, monitor faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah, a. Memonitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas intensitas, skala nyeri, b. Memonitor respon nyeri non verbal, c. Memonitor faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, d. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, e. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, f. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
5. Hasil evaluasi pada tanggal 3 November 2021 didapatkan sakit kepala sedikit berkurang dengan karakteristik, P : Muncul secara tiba-tiba, Q : Cekot-cekot, R : Kepala hingga tengkuk, S : Skala 1 (Rentang 0-10), T : Hilang timbul. Klien juga mengatakan sudah melakukan relaksasi nafas dalam saat sakit kepala datang, klien juga mencoba berbaring agar sakit kepala berkurang. Klien juga tampak tenang serta dapat mengulangi teknik relaksasi nafas.

5.2 Saran

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

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan aktif antar klien serta tim kesehatan lainnya.
2. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional dapat dilakukan peningkatan atau modifikasi serta pemantauan terhadap pelaksanaan

teknik non farmakologi pada klien untuk mengetahui perubahan kondisi pada klien.

3. Perawat diharapkan agar lebih meningkatkan sikap caring dan profesional dalam mewujudkan pemberian asuhan keperawatan secara holistik terhadap klien dan diharapkan untuk tetap memperhatikan standar prosedur operasional yang berlaku di Griya Wreda Jambangan Surabaya selama melaksanakan tindakan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Finatunni'mah, A., & Nurhidayati, T. (2020). Pelaksanaan Senam Otak untuk Peningkatan Fungsi Kognitif pada Lansia dengan Demensia. *Ners Muda*, 1(2), 139. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5666>
- Amanda, H., Prastiwi, S., & Sutriningsih, A. (2017). Hubungan kualitas tidur dengan tingkat kekambuhan hipertensi pada lansia. *Nursing News*, 2(3), 437–447.
- Anggraini, S. (2020). Efektifitas Pemberian Posisi Kepala Elevasi Pada Pasien Hipertensi Emergensi. *Ners Muda*, 1(2). <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5491>
- Apriani, L. (2018). *Asuhan Keperawatan Gerontik pada Klien Hipertensi dengan Penerapan Diet Rendah Garam di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Baturaja Barat Kabupaten Oku* [Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang]. <https://repository.poltekkespalembang.ac.id/items/show/1132>
- Asifah, M., & Daryanti, M. S. (2021). Pengetahuan Wanita dalam Menghadapi Menopause di Pedukuhan Gowok Kabupaten Sleman. *Jurnal Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus*, 8(2), 180–191.
- Aspiani, R. Y. (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC*. EGC.
- Depkes RI. (2013). *Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia, Buletin Lansia, Pusat data dan Informasi*. Kemenkes RI.
- Depkes RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Dewi, S. R. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Deepublish.
- Dinarti, & Muryanti. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Dinkes Jatim. (2017). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dinkes Jatim. (2018). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Fatah, M. (2019). Hubungan Jenis Kelamin dengan Angka Kejadian Hipertensi pada Masyarakat di Kelurahan Tamansari Kota Tasikmalaya. *Jurnal Keperawatan & Kebidanan STIKes Mitra Kencana Tasikmalaya*, 3(1), 85–94.
- Fauziah, R. N., Setiawan, & Witdiawati. (2019). Intervensi Perawat Dalam Penatalaksanaan Resiko Jatuh Pada Lansia di Satuan Pelayanan RSLU Garut. *Jurnal Keperawatan BSI*, 7(2), 1–10. <http://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk>

- Haris, A., Keperawatan Bima, J., & Kemenkes Mataram, P. (2017). Efektivitas Massage Mulai Dari Bahu Sampai Kepala Terhadap Tingkat Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi. *Jurnal Analis Medika Bio Sains*, 4(1), 1–05.
- Hartiningsih, S. N., Oktavianto, E., & Hikmawati, A. N. (2021). Terapi Relaksasi Nafas Dalam Berpengaruh Terhadap Tekanan Darah Pada Lansis Penderita Hipertensi. *Jurnal Keperawatan*, 13(1), 213–226.
- Iwa, K. R., Dewi, C. F., Kurniyanti, M. A., Dewi, S. R., & Butarbutar, M. H. (2022). *Keperawatan Gerontik*. Media Sains Indonesia.
- Judha, M., & et. al. (2015). *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinaan*. Nuha Medika.
- Kemenkes RI. (2016). *Gerakan Masyarakat Sehat (GERMAS) Wujudkan Indonesia Sehat*. www.depkes.go.id/article/view/16111500002/germas-wujudkan-indonesia-sehat.html%02
- Kemenkes RI. (2019). *Hari Hipertensi Dunia 2019: “Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan CERDIK.”*
- Kiik, S. M., & Sahar, J. (2018). Peningkatan Kualitas Hidup Lanjut Usia (Lansia) di Kota Depok dengan Latihan Keseimbangan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 109–116.
- Lilyanti, H., Indrawati, E., Wamaulana, A., & Kozier, M. (2019). Resiko Jatuh pada Lansia di Dusun Blendung Klari. *Indogenius*, 01(02), 78–86.
- Lisdianto, J. T., Ludiana, & Pakarti, A. T. (2022). Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Kepala pada Penderita Penyakit Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Metro. *Jurnal Cendekia Muda*, 2(3), 325–330.
- Mulyani, S. S. (2019). *Asuhan Keperawatan Lansia dengan Hiperte*Lisdianto, J. T., Ludiana, & Pakarti, A. T. (2022). *Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Kepala pada Penderita Penyakit Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Metro. Jurnal Cendekia Muda*, 2(3), 325–330.nsi [Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur]. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/301/>
- Murtiyani, N., & Suidah, H. (2019). Pengaruh Pemberian Intervensi 12 Balance Exercise Terhadap Keseimbangan Postural Pada Lansia. *Jurnal Keperawatan*, 12(1), 42–52.
- Nahak, G. R. (2019). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Tn.C.N dengan Hipertensi di Wisma Kenanga UPT Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang* [Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang]. http://repository.poltekeskupang.ac.id/1541/1/KARYA_TULIS_ILMIAH.pdf
- Ngurah, G. (2020). Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri. *Jurnal Gema*

- Keperawatan*, 13(1), 35–42. <https://doi.org/10.33992/jgk.v13i1.1181>
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA, NIC, NOC*. Mediacion Jogja.
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Nuha Medika.
- Pratama, I. B. A., Fathnin, F. H., & Budiono, I. (2020). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu. *Seminar Nasional Pascasarjana 2020*, 408–413. <https://stikesmu-sidrap.e-journal.id/JIKP/article/view/173>
- Priyo, Margono, & Hidayah, N. (2017). Efektifitas Relaksasi Autogenik & Akupresur Menurunkan Sakit Kepala & Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi Di Daerah Rawan Bencana Merapi. In *Profesi (Profesional Islam) : Media Publikasi Penelitian* (Vol. 15, Issue 2, pp. 83–92). Universitas Muhammadiyah Magelang. <https://doi.org/10.26576/profesi.258>
- Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 922–926. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435>
- Putri, K. Y. P. (2020). *Pengaruh Teknik Relaksasi Afirmasi Terhadap Tingkat Stres*. Politeknik Kesehatan Denpasar.
- Rispawati, B. H., Halid, S., & Supriyadi. (2019). Pengaruh Pemberian Masase dalam Penurunan Nyeri Kepala pada Lansia Penderita Hipertensi di desa Dasan Tereng Wilayah Kerja Puskesmas Narmada. *Jurnal Ilmu Kesehatan (JIK)*, 10(1).
- Rudi, A., & Setyanto, R. B. (2019). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Risiko Jatuh Pada Lansia. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan*, 5(2), 162–166. <https://doi.org/10.33485/jiik-wk.v5i2.119>
- Saputra, D. W. A., & Yusiana, M. A. (2014). Depresi Berpengaruh Terhadap Penurunan Kemampuan Intelektual Pada Lansia. *Jurnal STIKES*, 7(2), 194–203.
- Setyawan, D., & Kusuma, M. A. B. (2014a). Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Pada Leher Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang. *Jurnal Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang. Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, 1–11.
- Setyawan, D., & Kusuma, M. A. B. (2014b). *Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Pada Leher Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang. Jurnal Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang*. 1–11.
- Stenhope, & Lancaster. (2016). *Community and Public Health Nursing*. Mosby-

Year Book, Inc

- Sunardi. (2017). Hubungan Temperatur/Suhu Tubuh, Tekanan Darah Terhadap Tekanan Intra Kranial (TIK) Pada Klien Stroke Hemoragik di RSUD Kabupaten Tangerang. *Jurnal Medikes*, 4(1).
- Sundari, L., & Bangsawan, M. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi. *Jurnal Keperawatan*, XI(2), 216–223.
- Supratti, & Ashriady. (2016). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesia. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tirtasari, S., & Kodim, N. (2019). Prevalensi dan Karakteristik Hipertensi pada Usia Dewasa Muda di Indonesia. *Tarumanegara Medical Journal*, 1(2), 305–402. <https://journal.untar.ac.id/index.php/tmj/article/view/3851>
- Triyanto, E. (2014a). *Pedoman Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu.
- Triyanto, E. (2014b). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu.
- Wibowo, D. A., Tanoto, W., & Heni, S. (2022). *Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Masalah Insomnia*. Lembaga Omega Medika.
- Wisoedhanie, W. . (2021). *Depresi pada Lansia di Masa Pandemi COVID-19*. Media Nusa Creative.
- Wreksoatmojo. (2016). Pengaruh Aktivitas Fisik Terhadap Fungsi Kognitif Lansia. *Jurnal CDK-236*, 43(1).
- Yoganita, N. E., Sarifah, S., & Widyastuti, Y. (2019). Manfaat Massage Tengkok Dengan Minyak Zaitun Untuk Mengurangi Nyeri Kepala Pasien Hipertensi. *Profesi (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian*, 16(2), 34. <https://doi.org/10.26576/profesi.321>

Lampiran 1***CURRICULUM VITAE***

Nama : Umie Aida
Tempat, Tanggal Lahir : Bangkalan, 10 Juni 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Utara Pasar Tanjungbumi, Dusun Tajung, Desa Tanjungbumi, Kecamatan Tanjungbumi, Kabupaten Bangkalan, Jawa Timur
NIM : 2130065
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Email : umieaida1006@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri Tanjungbumi 1 Lulus tahun 2011
2. SMP Negeri 1 Tanjungbumi Lulus tahun 2014
3. SMA Negeri 1 Tanjungbumi Lulus tahun 2017
4. S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya Lulus tahun 2021

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“IF YOU WANT RAINBOW, YOU HAVE TO DEAL WITH THE RAIN”

-Augustus

PERSEMBAHAN

Atas segala ridho dan restu yang Allah SWT berikan kepada saya, maka saya persembahkan Karya Ilmiah Akhir ini kepada :

1. Kedua orangtua saya (Bapak Sneli dan Ibu Maisunah), abang (Diki Rifaldi), adik sekaligus kakak ipar (Faradita Ary Sabila), keponakan tercinta (Afisa Zea Zahrani) serta seluruh keluarga Ibnu Rahmat yang selalu mendo'akan, memfasilitasi, mendukung, dan menjadi motivasi saya untuk terus berjuang dalam pendidikan yang sedang saya tempuh, bangkit dari keterpurukan, serta meraih semua impian untuk membuat kalian bangga dan mendedikasikan diri agar dapat bermanfaat bagi orang lain.
2. Diri saya sendiri “Umie Aida”, terimakasih sudah berjuang hingga saat ini. Lihatlah kamu bisa melaluinya, kamu kuat, kamu hebat. Tetap tersenyum, terus berjuang menjadi orang baik dan lebih baik lagi. Sampai jumpa pada perjuangan dan karya-karya berikutnya.
3. *Strangers people*, konten-konten *social media* yang membangun, pasien dan keluarga pasien, perawat dan tenaga kesehatan di lahan praktik yang pernah saya temui dan secara tidak langsung memberikan saya motivasi dan kekuatan untuk terus belajar dan meningkatkan kemampuan diri.
4. Saudara seperjuangan sejak bangku SMA dan insyaallah hingga seterusnya, abang Deri Imam Taufik, dan Ismi Zulaida Ulifah yang menjadi keluarga dan panutan saya untuk terus berjuang di rantauan walaupun tidak mudah pada awalnya.

Semoga Allah SWT senantiasa meridhoi masing-masing dari kita dalam setiap jalan yang kita pilih, Amin.

5. Kakak-kakak, teman-teman Aspi angkatan 23, dan adik-adik Asrama Putri Stikes Hang Tuah Surabaya yang mengajari saya arti kekeluargaan di asrama, menjadi teman seperjuangan dalam senang dan susah di asrama, serta memotivasi saya dalam banyak hal khususnya makna kehidupan yang tidak akan pernah saya dapatkan di tempat lain.
6. Seluruh pihak yang berkontribusi dalam penyusunan tugas akhir ini, baik secara langsung maupun tidak langsung dalam bentuk bantuan, arahan, informasi, hingga motivasi yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu dalam tulisan ini. Saya ucapkan terimakasih sebanyak-banyaknya dan semoga Allah SWT membalasnya dengan kebaikan yang lebih banyak, Amin Ya Robbal Alamin.

Lampiran 3

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM**

Pengertian	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan
Tujuan	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami stres 2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif 3. Pasien yang mengalami kecemasan 4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia
Pelaksanaan	<p>PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status klien 2. Mencuci tangan <p>INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam : memberi salam sesuai waktu 2. Memperkenalkan diri 3. Validasi : kondisi klien saat ini, menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya 4. Menjaga privasi klien 5. Kontrak : menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan <p>KERJA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas 2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal 3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara 4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) 6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruhan tubuh 7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya 8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi 9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri 10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit <p>TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini 2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan 3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam 4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya <p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan 2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan <p>(Putri, 2020)</p>
Referensi	Putri, K. Y. P. (2020). <i>Pengaruh Teknik Relaksasi Afirmasi Terhadap Tingkat Stres</i> . Politeknik Kesehatan Denpasar.

Lampiran 4

PENGAJIAN *BARTHEL INDEX* PADA NY.S

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	5
2	Mandi	0	5	5
3	Makan	5	10	10
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	10
5	Naik/Turun Tangga	5	10	5
6	Berpakaian	5	10	10
7	Kontrol BAB	5	10	10
8	Kontrol BAK	5	10	10
9	Ambulasi	10	15	15
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	15
	Total			95

Interpretasi :

- 0-20 : Ketergantungan penuh
- 21-61 : Ketergantungan berat
- 62-90 : Ketergantungan sedang
- 91-99 : Ketergantungan ringan
- 100 : Mandiri

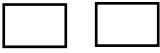
Kesimpulan :

Hasil pengkajian tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari menggunakan *Barthel Index* pada Ny.S didapatkan total skor 95 yang mengindikasikan bahwa Ny.S memiliki ketergantungan ringan.

Lampiran 5

PENGKAJIAN MMSE (*MINI-MENTAL STATUS EXAM*) PADA NY.S

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	0	Menyebutkan dengan benar : Tahun : Tidak tau Hari : Tidak tau Musim : Tidak tau Bulan : Tidak tau Tanggal : Tidak tau
2	Orientasi	5	1	Dimana sekarang kita berada ? Negara : Tidak tau Panti : Tidak tau Propinsi: Tidak tau Wisma : Tidak tau Kabupaten/kota: Surabaya
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas),kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2). Meja 3). Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5	0	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	0	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	7	Menanyakan pada klien tentang benda (sambilmenunjukkan benda tersebut). 1). Kursi 2). Tongkat 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut :“ tidak ada, dan, jika, atau tetapi” Klien menjawab : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi” Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri3 langkah. 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitassesuai perintah nilai satu poin. 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis

				kalimat dan 9). Menyalin gambar 2 segi empat yang saling berjejer 
	Total	-	11	

Interpretasi :

24 - 30 : Tidak ada gangguan kognitif

18 - 23 : Gangguan kognitif sedang

0 - 17 : Gangguan kognitif berat

Kesimpulan :

Hasil pengkajian fungsi kognitif menggunakan MMSE (*Mini-Mental Status Exam*) pada Ny.S didapatkan total skor 11 yang mengindikasikan bahwa Ny.S mengalami gangguan kognitif berat.

Lampiran 6

PENGAJIAN SPMSQ (*SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE*) PADA NY.S

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 darisetiap angka baru, secara menurun
Total	6	-	

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 sedang

Kesimpulan :

Hasil pengkajian fungsi intelektual menggunakan SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*) pada Ny.S didapatkan total skor salah 6 yang mengindikasikan bahwa Ny.S memiliki fungsi intelektual kerusakan sedang.

Lampiran 7

PENGAJIAN TUG (*TIME UP GO TEST*) PADA NY.S

No	Tanggal Pemeriksaan	Hasil TUG (detik)
1	1 November 2021	16 Detik
2	2 November 2021	16 Detik
3	3 November 2021	16 Detik
Rata-rata Waktu TUG		16 Detik
Interpretasi Hasil		16 Detik (Risiko tinggi jatuh)

Interpretasi :

- >13,5 detik : Risiko tinggi jatuh
- >24 detik : Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan
- >30 detik : Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

Kesimpulan :

Hasil pengkajian tingkat keseimbangan dan risiko jatuh menggunakan TUG (*Time Up Go Test*) pada Ny.S didapatkan total rerata waktu TUG 16 detik dalam 3 kali pemeriksaan yang mengindikasikan bahwa Ny.S memiliki keseimbangan yang kurang dengan resiko tinggi jatuh.

Lampiran 8

PENGAJIAN GDS (*GERIATRIC DEPRESSION SCALE*) PADA NY.S

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	1
4	Anda sering merasa bosan	1	0	1
5	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	1
8	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	0
7	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	1
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	1
11	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	1
12	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	0
13	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	1
14	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	1
15	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	1
	Total			4

Interpretasi :

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

Kesimpulan :

Hasil pengkajian tingkat depresi menggunakan GDS (*Geriatric Depression Scale*) pada Ny.S didapatkan total skor 4 yang mengindikasikan bahwa Ny.S tidak mengalami depresi.

Lampiran 9

PENGAJIAN MNA (*MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT*) PADA NY.S

No	Indikator	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	2
4	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	0
5	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	0
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
	Total	-	2

Interpretasi :

- 0 - 2 : Good
 3 - 5 : Moderate nutritional
 > 6 : High nutritional risk

Kesimpulan :

Hasil pengkajian status nutrisi menggunakan MNA (*Mini Nutritional Assessment*) pada Ny.S didapatkan total skor 2 yang mengindikasikan bahwa Ny.S memiliki status nutrisi yang baik