

**KARYA ILMIAH AKHIR**

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



Oleh :

**SALWA MAWADDATI MUNA, S.KEP.**  
NIM. 21.30075

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

**KARYA ILMIAH AKHIR**

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

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Ners (Ns)**



**Oleh :**

**SALWA MAWADDATI MUNA, S.KEP.**

**NIM. 21.30075**

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

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

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

Surabaya, 6 Juli 2022  
penulis

**Salwa Mawaddati Muna., S.Kep.**  
**NIM. 21.30075**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Salwa Mawaddati Muna  
NIM : 2130075  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. A Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns)**

**Pembimbing**

**Pembimbing Institusi**

**Pembimbing Lahan**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP.03.009

**Didik Dwi Winarno., S.Kep., Ns.,M.KKK.**  
NIP. 198707122010011008

Ditetapkan : STIKES Hang Tuah Surabaya.

Tanggal : 6 Juli 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Salwa Mawaddati Muna, S.Kep.

NIM : 21.30075

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul :Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. A Masalah Keperawatan  
Utama Nyeri Akut Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Di  
UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah 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 Ketua : Dva Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kep.**  
**NIP. 03.0007** \_\_\_\_\_

**Penguji I : Dr. Hidayatus Sya'diyah S.Kep.,Ns.,M.Kep.**  
**NIP.03.009** \_\_\_\_\_

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

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

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**NIP.03.009**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 6 Juli 2022

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatan kehadiran Allah SWT, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. A Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

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

Dalam kesempatan ini, perkenankan penulis menyampaikan ucapan rasa terima kasih, rasa hormat kepada :

1. Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners dan juga selaku pembimbing karya ilmiah kami yang telah memberi kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.

4. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Ketua penguji terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
5. Didik Dwi Winarno., S.Kep., Ns.,M.KKK. selaku Penguji 2 dan juga selaku Kepala UPTD Griya Wreda Jambangan terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
6. Seluruh staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
7. Ibu, Ayah, Kakak, Adik serta keluarga besar yang senantiasa mendoakan dan memberikan dukungan kepada saya.
8. Teman-teman Ners angkatan 12 STIKES Hang Tuah Surabaya dan pihak pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

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

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

## DAFTAR ISI

<b>COVER DALAM</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	4
1.3. Tujuan .....	4
1.3.1. Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus .....	5
1.4. Manfaat .....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2. Manfaat Praktis .....	5
1.5. Metode Penelitian .....	6
1.5.1. Metode .....	6
1.5.2. Teknik Pengumpulan Data .....	7
1.5.3. Sumber Data .....	7
1.6. Sistematika Penulisan .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Konsep Penyakit .....	9
2.1.1. Anatomi Fisiologi .....	9
2.1.2. Pengertian .....	12
2.1.3. Etiologi .....	13
2.1.4. Klasifikasi .....	15
2.1.5. Manifestasi Klinis .....	15
2.1.6. Patofisiologi .....	16
2.1.7. Komplikasi .....	17
2.1.8. Pemeriksaan Penunjang .....	18
2.1.9. Penatalaksanaan .....	19
2.2. Konsep Lansia .....	21
2.2.1. Definisi Lansia .....	21
2.2.2. Batasa Usia Lansia .....	21
2.2.3. Karakteristik Lansia .....	22
2.2.4. Tipe Lansia .....	22
2.2.5. Proses Penuaan .....	23
2.2.6. Tugas Perkembangan Lansia .....	25
2.3. Konsep Nyeri .....	25
2.3.1. Definisi Nyeri .....	25
2.3.2. Klasifikasi Nyeri .....	26
2.3.3. Fisiologi Nyeri .....	26



2.3.4. Pengkajian Nyeri .....	28
2.4. Literatur Review .....	29
2.5. Model Konsep Keperawatan .....	30
2.6. Konsep Asuhan Keperawatan .....	34
2.6.1. Pengkajian .....	34
2.6.2. Diagnosa Keperawatan .....	37
2.6.3. Intervensi .....	38
2.7. WOC .....	41
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS</b>	
3.1. Pengkajian .....	42
3.1.1. Identitas Pasien .....	42
3.1.2. Riwayat Kesehatan .....	42
3.1.3. Status Fisiologi .....	43
3.1.4. Pemeriksaan Fisik .....	43
3.1.5. Pemeriksaan Psikososial dan Spiritual .....	46
3.1.6. Pengkajian Perilaku Kesehatan .....	47
3.1.7. Status Nutrisi .....	48
3.1.8. Pengkajian Lingkungan .....	49
3.1.9. Indeks Barthel .....	50
3.1.10. MMSE .....	50
3.1.11. SPMSQ .....	51
3.1.12. GDS .....	52
3.1.13. APGAR Keluarga .....	53
3.1.14. Terapi Obat .....	54
3.1.15. Pemeriksaan Penunjang .....	54
3.2. Analisa Data .....	54
3.3. Prioritas Masalah .....	55
3.4. Intervensi Keperawatan.....	56
3.5. Implementasi .....	59
3.6. Evaluasi .....	62
<b>BAB 4 PEMBAHASAN</b>	
4.1. Pengkajian .....	65
4.1.1. Identitas Pasien .....	65
4.1.2. Riwayat Kesehatan .....	67
4.1.3. Status Fisiologi .....	68
4.1.4. Pemeriksaan Fisik .....	69
4.1.5. Pemeriksaan Psikososial dan Spiritual .....	70
4.1.6. Pengkajian Perilaku Kesehatan .....	70
4.1.7. Status Nutrisi .....	71
4.1.8. Pengkajian Lingkungan .....	72
4.1.9. Indeks Barthel .....	74
4.1.10. MMSE .....	74
4.1.11. SPMSQ .....	75
4.1.12. GDS .....	76
4.1.13. APGAR Keluarga .....	77
4.2. Diagnosis Keperawatan .....	77
4.3. Intervensi .....	80
4.4. Implementasi .....	84

4.5. Evaluasi .....	86
<b>BAB 5 PENUTUP</b>	
5.1. Kesimpulan .....	88
5.2. Saran .....	89
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>90</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>94</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan darah Menurut European of Cardiology.....	15
Tabel 2.2 Tabel Literatur Review .....	29
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Secara Teori .....	38
Tabel 3.1 Pengkajian Determinan Status Nutrisi .....	47
Tabel 3.2 Pengkajian Indeks Barthel .....	49
Tabel 3.3 Pengkajian Gangguan Kognitif MMSE .....	50
Tabel 3.4 Pengkajian Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ .....	51
Tabel 3.5 Pengkajian Depresi GDS .....	52
Tabel 3.6 Pengkajian Fungsi Sosial APGAR Keluarga .....	53
Tabel 3.7 Terapi Obat .....	54
Tabel 3.8 Data Pemeriksaan Penunjang .....	54
Tabel 3.9 Analisa Data .....	54
Tabel 3.10 Prioritas Masalah .....	55
Tabel 3.11 Intervensi Keperawatan .....	56
Tabel 3.12 Implementasi .....	59
Tabel 3.13 Evaluasi .....	62

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Jantung .....	11
Gambar 2.2 Web of Caution Hipertensi .....	41

## DAFTAR SINGKATAN

### SINGKATAN

mmHg	: Milimeter Hydragrum
HB	: Hemoglobin
HT	: Hematokrit
EKG	: Elektrokardiogram
LVH	: <i>Left Ventricular Hypertrophy</i>
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
MMSE	: <i>Mini Mental Status Exam</i>
SPMSQ	: <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>
GDS	: <i>Geriatric Depression Scale</i>
ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>

### SIMBOL

>	: Lebih dari
<	: Kurang dari
-	: Sampai
%	: Persen

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Semakin bertambahnya umur, fungsi fisiologis pada manusia akan mengalami penurunan yang disebabkan karena proses penuaan sehingga berbagai macam penyakit tidak menular banyak muncul pada orang-orang yang memasuki usia pra lansia maupun lanjut usia, salah satunya ialah hipertensi. Hipertensi termasuk salah satu penyakit tidak menular yang menjadi salah satu penyebab utama kematian terbanyak di dunia serta menyebabkan banyak komplikasi penyakit lain jika tidak segera ditangani dengan benar. Hipertensi adalah salah satu jenis penyakit tidak menular (PTM) yang ditandai dengan naiknya tekanan darah arteri melebihi batas normal. Tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan Diastolik  $\geq 85$  mmHg (Firsia Sastra Putri, 2020). Hipertensi seringkali tanpa gejala (asimtomatik), sehingga kurang memotivasi seseorang untuk mencari pengobatan, dan seringkali tanda gejala tersebut diabaikan dan percaya bahwa tidak ada masalah dengan tekanan darah yang tinggi (Syukkur et al., 2022). Hipertensi sering disebut juga sebagai The Silent Killer (pembunuh senyap) karena biasanya penderita tidak mengetahui kalau dirinya mengidap hipertensi dan baru diketahui kalau dirinya mengidap hipertensi setelah terjadi komplikasi. Beberapa masalah keperawatan yang muncul pada lansia dengan masalah kesehatan hipertensi yaitu pola nafas tidak efektif, Intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan, nyeri akut, gangguan pola tidur, gangguan rasa nyaman (Sya'diah, 2018)

Hipertensi merupakan sudah menjadi sebab terjadinya kematian yang terbesar sebanyak 40 juta orang per tahun. Hipertensi juga merupakan menjadi sebab primer penyakit kardiovaskular, yang terkenal sebagai pembunuh nomor satu di Indonesia, bahkan sepersepuluh dari penyakit mematikan di dunia (Akbar et al., 2021). Hipertensi

merupakan penyakit terbanyak pada usia lanjut di Indonesia, dengan prevalensi 60,3% penderita. Hal ini, sangat mengkhawatirkan mengingat penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan penyakit degeneratif yang menduduki tempat nomor satu penyebab kematian di Indonesia. Hipertensi banyak terjadi pada kelompok usia 31-44 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun (55,2%), umur 65 tahun keatas (63,2%) (Kemenkes RI, 2018). Estimasi jumlah kasus hipertensi yang ada di Indonesia tahun 2018 sebesar 63.309.620 orang, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 477.218 kasus kematian (Elvira & Anggraini, 2019). Berdasarkan Profil Kesehatan Jawa Timur, prevalensi hipertensi Jawa Timur penduduk sebesar 36,3%. Prevalensi meningkat seiring bertambahnya usia. Dibandingkan Riskesdas 2013 (26,4%), prevalensi hipertensi meningkat signifikan. Diperkirakan jumlah penderita hipertensi usia 15 tahun di Jawa Timur sekitar 11.008.334, dengan 48,83% laki-laki dan 51,17% perempuan. Dari jumlah tersebut, 35,60% atau 3.919.489 penduduk merupakan penderita penyakit tekanan darah tinggi yang berobat ke pelayanan kesehatan (Balqis et al., 2022). Dari data hasil distribusi lansia bulan januari 2022 berdasarkan diagnosis penyakit di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya dari 160 total lansia 79 lansia menderita hipertensi, 18 lansia diabetes, 18 lansia kolesterol, 15 lansia stroke, 24 lansia demensia, 4 lansia skizofrenia, 1 lansia mengalami kanker, 7 lansia mengalami gangguan penglihatan, 8 lansia mengalami gangguan pendengaran, dan 10 lansia mengalami konjungtivitis. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar lansia mengalami masalah kesehatan hipertensi di UPTD Griya Wreda Surabaya.

Hipertensi dipicu oleh jantung yang berusaha lebih keras memompa agar darah dapat mengalir memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Faktor predisposisi kejadian hipertensi sampai saat ini belum diketahui secara pasti, tetapi gaya hidup

berpengaruh besar terhadap kasus ini. Terdapat beberapa faktor yang menjadi risiko terjadinya hipertensi, seperti usia dan jenis kelamin, merokok, dan gaya hidup serta kurang latihan atau aktivitas fisik (Masohi, 2021). Meningkatnya tekanan darah akan mempengaruhi kemampuan perfusi ke jaringan tubuh termasuk otak sebagai pusat pengaturan kesadaran dan keseimbangan tubuh. Jantung akan bekerja keras karena tekanan darah yang tinggi yang mengakibatkan membesarnya otot jantung, peningkatan aktivitas jantung dapat mengakibatkan hipertrofi yang efeknya adalah gagal jantung. Selain itu, hipertensi berpengaruh pada pembentukan plak dari pembuluh darah koroner yang akan mengakibatkan pembuluh darah tersumbat (Maksuk, 2021). Lansia yang mengalami stres disertai penyakit fisik, salah satunya yaitu hipertensi, dapat menyebabkan terjadinya keparahan hingga komplikasi dari hipertensi (Sudawan & Livana, 2017). Akibat yang terjadi jika hipertensi tidak segera ditangani antara lain terjadinya penyakit stroke, retinopati, penyakit jantung koroner dan gagal jantung serta penyakit ginjal kronik (Elvira & Anggraini, 2019). Hipertensi kronis merupakan faktor risiko utama untuk semua subtype stroke, termasuk stroke iskemik, perdarahan intraserebral, dan perdarahan subarachnoid. hipertensi telah menjadi faktor risiko utama utama untuk penyakit kronis dan kematian (Suprayitno & Huzaimah, 2020).

Rekomendasi untuk self management hipertensi menurut The European Society of Hypertension meliputi modifikasi gaya hidup dan terapi pengobatan. penatalaksanaan non farmakologis dalam mengurangi kejadian hipertensi. (Suprayitno & Huzaimah, 2020). Data WHO juga menunjukkan bahwa obat tradisional (bahan kimia) hanya dapat mengobati sekitar 30% penyakit. Terapi nutrisi menggunakan manajemen berat badan, diet, dan pembatasan natrium, tetapi meningkatkan kalium dalam bentuk peningkatan konsumsi buah dan sayuran. Salah satu makanan yang tinggi kalium adalah mentimun



(Aryani & Riyandry, 2019). Jumlah lansia dengan hipertensi di lokasi mitra >75%, kebiasaan merokok dan pola makan kurang sehat menjadi salah satu penyebab kejadian hipertensi pada lansia di lokasi mitra. Prosentase yang cukup tinggi tersebut didukung juga dari peran dan fungsi kader kesehatan lansia yang belum optimal (Akbar et al., 2021). Guna meningkatkan pengetahuan kader kesehatan lansia mengenai penatalaksanaan hipertensi, kader lansia dibekali dengan upaya kesehatan pada klien hipertensi. Untuk mencegah morbiditas dan mortalitas, manajemen terapi penatalaksanaan hipertensi yaitu (1) diet, dengan mengurangi konsumsi sodium, menurunkan berat badan, mengurangi konsumsi kolesterol dan lemak, (2) mengurangi atau membatasi konsumsi alkohol, (3) berhenti merokok, (4) mengurangi stress – relaksasi, (5) konsumsi obat anti hipertensi, dan (6) secara periodik memonitor tekanan darah (setiap minggu jika tekanan darah diastolik >105 mmHg, dan setiap 4 bulan jika tidak ada gejala dan tekanan darah diastolik <105 mmHg (Syukkur et al., 2022).

## **1.2. Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan ini maka penulis membuat rumusan masalah sebagai berikut. “ Bagaimana Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. A Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Dengan Diagnosis Medis Hipertensi Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya ?”

## **1.3. Tujuan**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui secara spesifik asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosis medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pengkajian pada asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosis medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
2. Mengidentifikasi analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosis medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya..
3. Mengidentifikasi perencanaan asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosis medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
4. Mengidentifikasi pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosis medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
5. Mengidentifikasi evaluasi asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosis medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.

### **1.4. Manfaat**

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

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian hipertensi pada lansia di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya

### **1.4.2. Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Instansi UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya**

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

#### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi serta meningkatkan pengembangan ketrampilan dan pengetahuan profesi keperawatan

#### **3. Bagi Pasien dan Keluarga**

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga saat berkunjung tentang mencegah dan merawat lansia dengan hipertensi sehingga keluarga mampu merawat lansia dirumah secara mandiri.

#### **4. Bagi PenulisSelanjutnya**

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

## **1.5. Metode Penelitian**

### **1.5.1. Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari,

megumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **1.5.2. Teknik Pengumpulan Data**

#### 1. Wawancara

Data dikumpulkan melalui rekam medis maupun tim kesehatan lainnya

#### 2. Observasi

Data diperoleh secara langsung melalui pengamatan terhadap reaksi dan sikap anak yang diamati.

#### 3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, dan radiologi, yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3. Sumber Data**

#### 1. Data Primer

Data yang diperoleh langsung dari anak, baik berupa observasi maupun pemeriksaan fisik

#### 2. Data sekunder

Data yang diperoleh dari rekam medik perawat, hasil – hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

#### 3. Studi Kepustakaan

Studi Kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas

## 1.6. Sistematika Penulisan

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

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

BAB 1 : pendahuluan, berisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat, Penelitian dan sistematika Penulisan studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan anemia serta kerangka masalah.

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

BAB 4 : Pembahasan, bab ini berisi tentang perbandingan antara teori dan fakta yang dilapangan.

BAB 5 : Penutup, bab ini berisi tentang simpulan dan saran

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan dibahas secara teoritis mengenai 1) Konsep Penyakit, 2) Konsep Lansia, 3) Konsep Nyeri, 4) Literatur Review, 5) Model Konsep Keperawatan, 6) Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.

#### **2.1. Konsep Penyakit**

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

Jantung merupakan organ muskular berbentuk kerucut yang berongga. Panjangnya sekitar 10 cm dan berukuran satu kepalan tangan pemilikinya. Fungsi utama jantung adalah memompa darah ke pembuluh darah dengan kontraksi ritmik dan berulang. Berat jantung sekitar 225 gram pada wanita dan 310 gram pada pria. Jantung terletak di dalam rongga mediastinum dari rongga dada (toraks), diantara kedua paru.. Selaput yang mengitari jantung disebut pericardium, yang terdiri atas 2 lapisan, yaitu pericardium parietalis, merupakan lapisan luar yang melekat pada tulang dada dan selaput paru. Dan pericardium viseralis, yaitu lapisan permukaan dari jantung itu sendiri, yang juga disebut epikardium. Di dalam lapisan jantung tersebut terdapat cairan pericardium, yang berfungsi untuk mengurangi gesekan yang timbul akibat gerak jantung saat memompa. Dinding jantung terdiri dari 3 lapisan, yaitu lapisan luar yang disebut pericardium, lapisan tengah atau miokardium merupakan lapisan berotot, dan lapisan dalam disebut endokardium. Organ jantung terdiri atas 4 ruang, yaitu 2 ruang yang berdinding tipis, disebut atrium, dan 2 ruang yang berdinding tebal disebut ventrikel (Fikriana, 2018)

##### **1. Atrium**

- a. Atrium kanan, berfungsi sebagai tempat penampungan darah yang rendah oksigen dari seluruh tubuh. Darah tersebut mengalir melalui vena cava superior,

vena cava inferior, serta sinus koronarius yang berasal dari jantung sendiri. Kemudian darah dipompakan ke ventrikel kanan dan selanjutnya ke paru.

- b. Atrium kiri, berfungsi sebagai penerima darah yang kaya oksigen dari kedua paru melalui 4 buah vena pulmonalis. Kemudian darah mengalir ke ventrikel kiri, dan selanjutnya ke seluruh tubuh melalui aorta.

## 2. Ventrikel

- a. Ventrikel kanan, menerima darah dari atrium kanan dan dipompakan ke paru-paru melalui arteri pulmonalis.
- b. Ventrikel kiri, menerima darah dari atrium kiri dan dipompakan ke seluruh tubuh melalui aorta. Kedua ventrikel ini dipisahkan oleh sekat yang disebut septum ventrikel.

## 3. Katup Atrioventrikuler

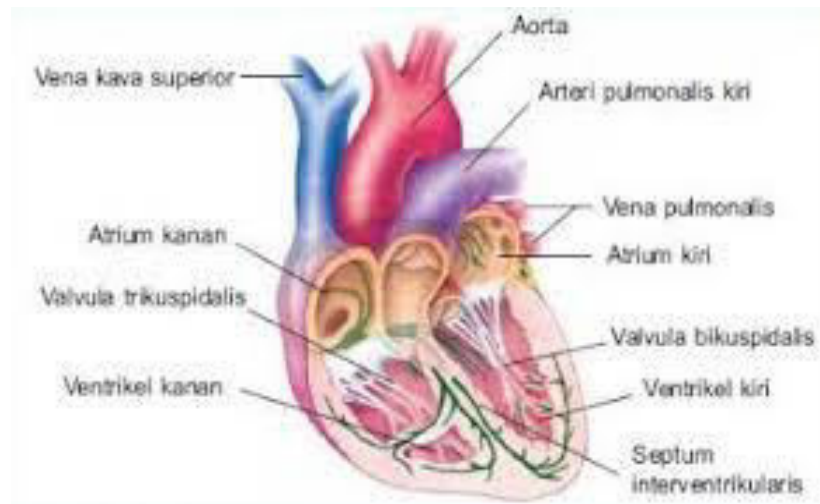
Oleh karena letaknya antara atrium dan ventrikel, maka disebut katup atrioventrikuler, yaitu :

- a. Katup trikuspidalis. Merupakan katup yang terletak di antara atrium kanan dan ventrikel kanan, serta mempunyai 3 buah daun katup.
- b. Katup mitral atau bikuspidalis. Merupakan katup yang terletak di antara atrium kiri dan ventrikel kiri, serta mempunyai 2 buah katup. Selain itu katup atrioventrikuler berfungsi untuk memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel pada fase diastole ventrikel, dan mencegah aliran balik pada saat systole ventrikel (kontraksi).

## 4. Katup Semilunaris

- a. Katup pulmonal Terletak pada arteri pulmonalis, memisahkan pembuluh ini dari ventrikel kanan

- b. Katup aorta Terletak antara ventrikel kiri dan aorta. Kedua katup semilunar ini mempunyai bentuk yang sama, yakni terdiri dari 3 daun katup yang simetris disertai penonjolan menyerupai corong yang dikaitkan dengan sebuah cincin serabut.



Gambar 2.1 Anatomi Jantung (Nurachmah & Angriani, 2017)

Siklus jantung adalah periode dimulainya satu denyutan jantung dan awal dari denyutan selanjutnya. Siklus jantung terdiri dari periode sistole, dan diastole. Sistole adalah periode kontraksi dari ventrikel, dimana darah dikeluarkan dari jantung. Diastole adalah periode relaksasi dari ventrikel dan kontraksi atrium, dimana terjadi pengisian darah dari atrium ke ventrikel (Nurachmah & Angriani, 2017).

#### 1. Periode sistole (periode kontriksi)

Periode sistole adalah suatu keadaan jantung dimana bagian ventrikel dalam keadaan menguncup. Katup bikuspidalis dan trikuspidalis dalam keadaan tertutup, dan valvula semilunaris aorta dan valvula semilunaris arteri pulmonalis terbuka, sehingga darah dari ventrikel kanan mengalir ke arteri pulmonalis, dan masuk



kedalam paru-paru kiri dan kanan. Darah dari ventrikel kiri mengalir ke aorta dan selanjutnya beredar ke seluruh tubuh.

## 2. Periode diastole (periode dilatasi)

Periode diastole adalah suatu keadaan dimana jantung mengembang. Katup bikuspidalis dan trikuspidalis dalam keadaan terbuka sehingga darah dari atrium kiri masuk ke ventrikel kiri, dan darah dari atrium kanan masuk ke ventrikel kanan. Selanjutnya darah yang datang dari paru-paru kiri kanan melalui vena pulmonal kemudian masuk ke atrium kiri. Darah dari seluruh tubuh melalui vena cava superior dan inferior masuk ke atrium kanan.

## 3. Periode istirahat

Periode istirahat adalah waktu antara periode diastole dengan periode systole dimana jantung berhenti kira-kira sepersepuluh detik. Pada waktu aktifitas depolarisasi menjalar ke seluruh ventrikel, ventrikel berkontraksi dan tekanan di dalamnya meningkat. Pada waktu tekanan di dalam ventrikel melebihi tekanan atrium, katup mitral dan tricuspoid menutup dan terdengar sebagai bunyi jantung pertama.

### **2.1.2. Pengertian**

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Yulanda & Lisiswanti, 2017)

Hipertensi identik dengan peningkatan tekanan darah melebihi batas normal. Seseorang dikatakan hipertensi jika hasil pengukuran tekanan darah sistoliknya >140 mmHg dan diastoliknya >90 mmHg (Mahmudah et al., 2015).

Hipertensi merupakan suatu keadaan meningkatnya tekanan darah sistolik lebih dari sama dengan 140 mmHg dan diastolik lebih dari sama dengan 90 mmHg. Hipertensi dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu hipertensi primer atau esensial yang penyebabnya tidak diketahui dan hipertensi sekunder yang dapat disebabkan oleh penyakit ginjal, penyakit endokrin, penyakit jantung, dan gangguan anak ginjal (adrenal). Hipertensi seringkali tidak menimbulkan gejala, sementara tekanan darah yang terus-menerus tinggi dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan komplikasi (Yonata & Pratama, 2016)

### **2.1.3. Etiologi**

Menurut Smeltzer dan Bare dalam Triyanto (2014) penyebab hipertensi dibedakan menjadi 2 yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder.

#### **1. Hipertensi Esensial atau Primer**

Penyebab hipertensi primer sampai saat ini belum diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sisanya 10% tergolong hipertensi sekunder. Onset hipertensi primer terjadi pada usia 30-50 tahun. Hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder hipertensi tidak ditemukan. Meskipun hipertensi primer penyebabnya belum diketahui namun diperkirakan hipertensi primer disebabkan karena faktor keturunan, ciri perseorangan, dan kebiasaan hidup. Pada kebanyakan orang dewasa penyebab tekanan darah tinggi ini seringkali tidak diketahui. Hipertensi primer cenderung berkembang secara bertahap selama bertahun-tahun.

#### **2. Hipertensi Sekunder**

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit

kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme). Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditujukan ke penderita hipertensi esensial.

### **3. Faktor Resiko**

#### **a. Keturunan**

Pada 70%-80% kasus hipertensi esensial didapatkan dari riwayat hipertensi dalam keluarga. Jika seorang dari orang tua kita memiliki riwayat hipertensi maka sepanjang hidup kita memiliki kemungkinan 25% terkena hipertensi.

#### **b. Jenis Kelamin**

Perbandingan antara pria dan wanita ternyata wanita lebih banyak menderita hipertensi.

#### **c. Usia**

Bertambahnya usia maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi. Hal ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon.

#### **d. Stres**

Stress yang berkepanjangan akan membuat tekanan darah akan menetap tinggi.

#### 2.1.4. Klasifikasi

Klasifikasi tekanan darah menurut *European of Cardiology* (Setiadi & Halim, 2018).

Klasifikasi Tekanan Dar	TDS (mmF		TDD (mmHg)
Optimal	<120	Dan	<80
Normal	120-129	Dan/atau	80-84
High Normal	130-139	Dan/atau	85-89
Hipertensi Tingkat 1	140-159	Dan/atau	90-99
Hipertensi Tingkat 2	160-179	Dan/atau	100-109
Hipertensi Tingkat 3	180	Dan/atau	110
<i>Isolated Systolic Hypertensi</i>	140	Dan	<90

Keterangan : TDS (Tekanan Darah Sistolik), TDD (Tekanan Darah Diastolik)

Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah menurut *European of Cardiology*

#### 2.1.5. Manifestasi Klinis

Pada umumnya, penderita hipertensi tidak memiliki keluhan. Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, lemas dan impotensi. Nyeri kepala umumnya pada hipertensi berat, dengan ciri khas nyeri regio oksipital terutama pada pagi hari. Anamnesis identifikasi faktor risiko penyakit jantung, penyebab sekunder hipertensi, komplikasi kardiovaskuler, dan gaya hidup pasien. Peningkatan tekanan darah yang berasosiasi dengan peningkatan berat badan, faktor gaya hidup (perubahan pekerjaan menyebabkan penderita bepergian dan makan di luar rumah), penurunan frekuensi atau intensitas aktivitas fisik, atau usia tua pada pasien dengan riwayat keluarga dengan hipertensi. Labilitas tekanan darah, mendengkur, prostatisme, kram otot, kelemahan, penurunan berat badan, palpitasi, intoleransi panas, edema, gangguan berkemih, riwayat perbaikan koarktasio, obesitas sentral, wajah membulat, mudah memar, penggunaan obat-obatan atau zat terlarang, dan tidak adanya riwayat hipertensi pada keluarga (Yonata & Pratama, 2016).

### 2.1.6. Patofisiologi

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan total peripheral resistance. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Sistem pengendalian tekanan darah sangat kompleks. Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti reflex kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleks kemoreseptor, respon iskemia, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sedangkan sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga interstisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopresin. Kemudian dilanjutkan sistem poten dan berlangsung dalam jangka panjang yang dipertahankan oleh sistem pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ (Triyanto, 2014).

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh

(antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Nuraini, 2015).

#### **2.1.7. Komplikasi**

Hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongesif, stroke, gangguan penglihatan dan penyakit ginjal. Tekanan darah yang tinggi umumnya meningkatkan resiko terjadinya komplikasi tersebut. Hipertensi yang tidak diobati akan mempengaruhi semua sistem organ dan akhirnya memperpendek harapan hidup sebesar 10-20 tahun. Mortalitas pada pasien hipertensi lebih cepat apabila penyakitnya tidak terkontrol dan telah menimbulkan komplikasi ke beberapa organ vital. Sebab kematian yang sering terjadi adalah penyakit jantung dengan atau tanpa disertai stroke dan gagal ginjal (Nuraini, 2015)

Komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut (Oktavianus & Sari, 2014) :

##### **1. Organ Jantung**

Kompenasasi jantung terhadap kerja yang keras akibat hipertensi berupa penebalan pada otot jantung sebelah kiri. Kondisi ini akan memperkecil rongga jantung untuk

memompa. Sehingga jantung akan semakin membutuhkan energi yang besar. Kondisi ini akan disertai dengan adanya gangguan pembuluh darah jantung sendiri (koroner) akan menimbulkan kekurangan oksigen dari otot jantung dan berakibat rasa nyeri. Apabila kondisi dibiarkan terus menerus akan menyebabkan kegagalan jantung untuk memompa darah dan menimbulkan kematian.

## 2. Sistem Saraf

Gangguan dari sistem saraf terjadi pada sistem retina dan sistem saraf pusat. Di dalam retina terdapat pembuluh darah tipis yang akan menjadi lebar saat terjadi hipertensi, dan memungkinkan terjadinya pecah pembuluh darah yang akan menyebabkan gangguan pada organ penglihatan.

## 3. Sistem Ginjal

Hipertensi yang berkepanjangan akan menyebabkan kerusakan dari pembuluh darah pada organ ginjal, sehingga fungsi ginjal sebagai pembuangan zat-zat beracun bagi tubuh tidak berfungsi dengan baik. Akibat gagalnya sistem ginjal akan terjadi penumpukan zat yang berbahaya bagi tubuh yang dapat merusak tubuh lain terutama otak.

### **2.1.8. Pemeriksaan Penunjang**

1. HB/HT: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti: hipokoagulasi, anemia.
2. BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
3. Glukosa: hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin
4. Urinalisasi: darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
5. CTS can: mengkaji adanya tumor cerebral, enselepati

6. EKG: dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
7. IUP: mengindikasikan penyebab hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal
8. Photo Thorax: menurunkan ditruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

### **2.1.9. Penatalaksanaan**

Pengobatan pasien dengan penyakit jantung hipertensi terbagi dalam dua kategori pengobatan dan pencegahan tekanan darah yang tinggi dan pengobatan penyakit jantung hipertensi. Tekanan darah ideal adalah kurang dari 140/90 pada pasien tanpa penyakit diabetes dan penyakit ginjal kronik dan kurang dari 130/90 pada pasien dengan penyakit diatas. Berbagai macam strategi pengobatan penyakit jantung hipertensi, yaitu (Oktavianus & Sari, 2014) :

#### **A. Pengaturan Diet**

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat dan atau dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan bisa memperbaiki keadaan LVH. Beberapa diet yang dianjurkan, yaitu :

1. Rendah garam, beberapa studi menunjukkan bahwa diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi system renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah intake sodium yang dianjurkan 50–100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
2. Diet kaya buah dan sayur.
3. Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.
4. Tidak mengkonsumsi Alkohol.

#### **B. Olahraga Teratur**



Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan dapat memperbaiki keadaan jantung. Olahraga isotonik dapat juga bisa meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah.

1. Penurunan Berat Badan Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan LVH. Jadi penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan berat badan (1kg/minggu) sangat dianjurkan. Penurunan berat badan dengan menggunakan obat-obatan perlu menjadi perhatian khusus karena umumnya obat penurun berat badan yang terjual bebas mengandung simpatomimetik, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah, memperburuk angina atau gejala gagal jantung dan terjadinya eksaserbasi aritmia. Menghindari obat-obatan seperti NSAIDs, simpatomimetik, dan MAO yang dapat meningkatkan tekanan darah atau menggunakannya dengan obat antihipertensi.
2. Farmakoterapi Pengobatan hipertensi atau penyakit jantung hipertensi dapat menggunakan berbagai kelompok obat antihipertensi seperti thiazide, beta- blocker dan kombinasi alpha dan beta blocker, calcium channel blockers, ACE inhibitor, angiotensin receptor blocker dan vasodilator seperti hydralazine. Hampir pada semua pasien memerlukan dua atau lebih obat antihipertensi untuk mencapai tekanan darah yang diinginkan.

## **2.2. Konsep Lansia**

### **2.2.1. Definisi Lansia**

Secara biologis penduduk lanjut usia adalah penduduk yang mengalami proses penuaan secara terus menerus, yang ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu semakin rentannya terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini disebabkan terjadinya perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ (Dewi, 2014).

Lanjut usia (Lansia) merupakan individu yang berusia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain (Sudawan & Livana, 2017)

Pengertian lansia, yaitu seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Amanat Undang-Undang tersebut menyebutkan bahwa penduduk lansia memiliki hak untuk dapat diberdayakan sehingga berperan dalam kegiatan pembangunan dengan memperhatikan fungsi kearifan, pengetahuan, keahlian, keterampilan, pengalaman, usia, dan kondisi fisiknya, serta terselenggaranya pemeliharaan taraf kesejahteraannya (Musa, 2016).

### **2.2.2. Batasan Usia Lansia**

Depkes RI dalam Dewi (2014) mengklasifikasikan lansia dalam kategori berikut :

1. Pra lansia, yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
2. Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia resiko tinggi, yaitu seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih yang memiliki masalah kesehatan.

4. Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
5. Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

WHO menyatakan masa lanjut usia menjadi empat golongan, yaitu :

1. Usia pertengahan (middle age) 45-59 tahun
2. Lanjut usia (elderly) 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (old) 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (very old) di atas 90 tahun

### **2.2.3. Karakteristik Lansia**

Lansia memiliki 3 karakteristik sebagai berikut :

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

### **2.2.4. Tipe Lansia**

Seseorang lanjut memiliki beberapa tipe diantaranya yaitu (Dewi, 2014) :

1. Tipe arif Bijaksana Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan memenuhi undangan dan menjadi panutan.
2. Tipe mandiri Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman bergaul dan memenuhi ruangan.

3. Tipe Tidak Puas Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.
4. Tipe Pasrah Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan
5. Tipe bingung Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif acuh tak acuh. Tipe lain dari usia lanjut : Tipe optimis, Tipe konstruktif, Tipe dependen (ketergantungan), Tipe defensif (bertahan) tipe militan dan serius, tipe marah / frustrasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), Tipe putus asa (benci pada diri sendiri)

#### **2.2.5. Proses Penuaan**

Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang di derita. Proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami semua makhluk hidup. Proses menua setiap individu pada organ tubuh juga tidak sama cepatnya. Ada kalanya orang belum tergolong lanjut usia (masih muda) tetapi mengalami kekurangan-kekurangan yang menyolok atau diskrepansi. Menjadi tua (menua) adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tahap-tahap kehidupannya, yaitu neonatus, toodler, pra school, school, remaja, dewasa dan lansia. Tahap berbeda ini dimulai baik secara biologis maupun psikologis (Samiasih et al., 2010)

Setelah orang memasuki masa lansia umumnya mulai dihindangi adanya kondisi fisik yang bersifat patologis berganda (*multiple pathology*), misalnya tenaga berkurang, energi menurun, kulit mulai keriput, gigi mulai rontok, tulang makin rapuh, dan sebagainya. Secara umum kondisi fisik seseorang yang sudah memasuki masa lansia mengalami penurunan secara berlipat ganda. Ini semua dapat menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik, psikologis maupun social, yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan ketergantungan kepada orang lain. Beberapa kemunduran organ tubuh pada lansia, di antaranya adalah (Dewi, 2014):

1. Kulit : kulit berubah menjadi tipis, kering, keriput dan tidak elastic lagi. Dengan demikian, fungsi kulit sebagai penyekat suhu lingkungan dan perisai terhadap masuknya kuman terganggu. Tipis dan keriput disebabkan oleh hilangnya lapisan lemak dibawah kulit, tidak elastic lagi karena terbentuk jaringan ikat baru dibawahnya.
2. Rambut : rontok, warna menjadi putih, kering, dan tidak megkilat ini berkaitan dengan perubahan degeneratif kulit.
3. Seks : produksi hormon seks pada pria dan wanita menurun dengan bertambahnya umur, selain itu, produksi hormon pada pria dan wanita yang menurun juga dipengaruhi oleh menopause pada wanita dan andropause pada pria.
4. Otot : jumlah sel otot berkurang, ukurannya atrofi, sementara jumlah jaringan ikat bertambah, volume otot secara keseluruhan menyusut, fungsinya menurun, dan kekuatannya berkurang.
5. Jantung dan pembuluh darah : pada manusia usia lanjut kekuatan mesin pompa jantung berkurang. Berbagai pembuluh darah penting khusus yang di

jantung dan otot mengalami kekakuan. Lapisan inti menjadi kasar akibat merokok, hipertensi, diabetes mellitus, kadar kolesterol tinggi, dan lain-lain. Yang memudahkan timbulnya penggumpalan darah dan trombosit.

6. Tulang : ada proses menua kadar kapur atau kalsium dalam tulang menurun, akibatnya tulang menjadi kropos atau osteoporosis dan mudah patah. Dengan bertambahnya usia, terdapat peningkatan hilang tulang secara linear

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

Kesiapan lansia untuk beradaptasi terhadap tugas perkembangan lansia dipengaruhi oleh proses tumbang pada tahap sebelumnya (Dewi, 2014).

1. Mempersiapkan diri untuk kondisi yang menurun
2. Mempersiapkan diri untuk pensiun
3. Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya
4. Mempersiapkan kehidupan baru
5. Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial/masyarakat secara santai
6. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan

## **2.3. Konsep Nyeri**

### **2.3.1. Definisi Nyeri**

Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Long,1996).

Menurut International Association for Study of pain (1979) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan.

Nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri (Arthur C. Curton, 1983).

### **2.3.2. Klasifikasi Nyeri**

Klasifikasi nyeri menurut (Nandar 2018) secara umum dibagi menjadi dua yaitu:

#### **1. Nyeri Akut**

Nyeri akut dihubungkan dengan kerusakan jaringan dan durasi yang terbatas setelah nosiseptor kembali ke ambang batas resting stimulus istirahat. Nyeri akut ini dialami segera setelah pembedahan sampai tujuh hari.

#### **2. Nyeri Kronik**

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

### **2.3.3. Fisiologi Nyeri**

Menurut (Meliala 2013) mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses yaitu:

### 1. Transduksi

Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

### 2. Transmisi

Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

### 3. Modulasi

Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah



(*midbrain*) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan(blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

#### 4. Persepsi

Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen.

#### 2.3.4. Pengkajian Nyeri

Penilaian ini tidak hanya menilai intensitas nyeri, tapi juga menghasilkan informasi tentang karakteristik nyeri dan dampaknya terhadap aspek afektif/emosi dari sensori nyeri. Instrumen penilaian nyeri multi dimensional ini yang umum digunakan yaitu *McGill Pain Questionnaire (MPQ)*, *The Brief Pain Inventory (BPI)*, *Memorial Pain Assessment Card*, dan catatan harian nyeri (*Pain diary*).

Menurut (Nandar 2018) yang harus ditanyakan kepada pasien saat penilaian nyeri dapat disingkat sebagai PQRST, yaitu:

1. *Position* (lokasi nyeri)
2. *Quality* (kualitas nyeri)
3. *Radiation* (penjalaran nyeri)
4. *Severity* (intensitas nyeri)

5. *Temporal relationship* (kapan nyeri timbul, terus menerus atau hilang timbul)

## 2.4. Literatur Review

Tabel 2.2 Literatur Review

No	Judul	Jurnal, Tahun dan Nama Penulis	Temuan
1	Penalaksanaan Pemberian Rebusan Daun Alpukat Dan Kompres Hangat Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Kelurahan Sukoharjo	<i>Indonesian Journal On Medical Science</i> , Volume 8 No. 2, Juli 2021 Roidah Zulfa Fathinah, Deden Dermawan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tindakan pemberian rebusan daun alpukat dan kompres hangat diberikan sebanyak 6 kali pada setiap subjek,</li> <li>2. Sebanyak 5 responden masalah nyeri sudah teratasi dan 1 responden masalah nyeri belum teratasi karena belum sesuai dengan kriteria hasil.</li> <li>3. Hasil penelitian terdapat penurunan skala nyeri 4-5 angka pada setiap responden.</li> <li>4. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa pemberian rebusan daun alpukat dan kompres hangat efektif untuk mengatasi masalah nyeri akut pada lansia penderita hipertensi (Fathinah &amp; Dermawan, 2021).</li> </ol>
2	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidangkal	<i>Indonesian Trust Health Journal</i> Volume 3 No.2, November 2020 Julidia Safitri Parinduri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rata-rata tekanan darah MAP tertinggi sebelum melakukan tehnik relaksasi nafas dalam 114 mmHg dan rata-rata tekanan darah MAP terendah sebelum melakukan tehnik relaksasi nafas dalam berada pada angka 104 mmHg.</li> <li>2. Rata-rata tekanan darah MAP tertinggi sesudah melakukan tehnik relaksasi nafas dalam adalah 110 mmHg dan rata-rata tekanan darah MAP terendah 100 mmHg</li> <li>3. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang sangat signifikan antara penurunan tekanan darah terhadap teknik relaksasi napas dalam (Parinduri, 2020)</li> </ol>
3	Pemanfaatan Teknik Relaksasi Massase Punggung Dalam Penurunan Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi	<i>Indonesian Journal On Medical Science</i> , Volume 7 No. 1, Januari 2020 Amelia Rifki Sumadi, Siti Sarifah, Yuli Widyastuti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan skala nyeri dapat berkurang dari</li> <li>2. skala sebelum diberikan massase punggung antara 4 – 6 menjadi 1 – 2</li> <li>3. Massase punggung dapat diterapkan pada upaya menurunkan hipertensi nyeri kepala pada penderita (Sumadi et al., 2020).</li> </ol>

4	Efektifitas Akupresur dalam Menurunkan Skala Nyeri Pasien Hipertensi Diwilayah Kerja Puskesmas Perumnas	<i>Jurnal Keperawatan Raflesia</i> , Volume 2 Nomor 1, Mei 2020  Sri Haryani , Misniarti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden kelompok intervensi berada pada rentang usia 17-70 tahun dan pada kelompok kontrol rata-rata usia 40 tahun.</li> <li>2. Intervensi akupresur efektif untuk menurunkan skala nyeri ringan sebesar 14,1% dan nyeri sedang 5,9% setelah 1 minggu.</li> <li>3. Tindakan akupresur efektif untuk menurunkan nyeri kepala pada klien hipertensi (Haryani &amp; Misniarti, 2020).</li> </ol>
5	Penurunan Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Menggunakan Terapi Relaksasi Otot Progresif	<i>Ners Muda</i> , Vol 2 No 2, Agustus 2021  Richa Jannet Ferdisa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil studi kasus ini menunjukkan adanya penurunan skala nyeri kepala pada pasien hipertensi sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi relaksasi otot progresif selama <math>\pm</math> 10 menit.</li> <li>2. Hal ini dibuktikan pada responden 1 sebelum diberikan terapi skala nyeri 4, kemudian setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif selama 3 hari skala nyeri menurun menjadi skala 2. Sedangkan pada responden 2 sebelum diberikan terapi relaksasi otot progresif selama <math>\pm</math> 10 menit skala nyeri 5, kemudian setelah diberikan. Terapi relaksasi otot progresif selama 3 hari skala nyeri menurun menjadi skala 2.</li> <li>3. Tenaga kesehatan dapat mengaplikasikan terapi teknik relaksasi otot progresif sebagai terapi komplementer untuk menurunkan nyeri kepala pada pasien hipertensi (Ferdisa &amp; Ernawati, 2021).</li> </ol>

## 2.5. Model Konsep Keperawatan

Comfort theory merupakan teori yang pertama kali di kembangkan tahun 1990 oleh Katharine Kolcaba. Katharine Kolcaba lahir dan dididik di Cleveland, Ohio, pada tahun 1965, ia menerima diploma di bidang keperawatan dan praktik paruh waktu selama bertahun-tahun dalam keperawatan medical bedah, perawatan jangka panjang, dan home care sebelum kembali melanjutkan pendidikan. Pada tahun 1987, ia lulus RN pada kelas MSN di Case Western Reserve University (CWRU) Frances Payne Bolton Scholl of nursing, dengan spesialisasi di gerontology. Sementara sekolah Kolcaba bekerja juga

sebagai kepala ruangan di unit Dimensia. Dalam konteks praktik inilah dia mulai memikirkan teori tentang kenyamanan pasien (Alligood, 2014).

Kolcaba memulai teoritis praktik keperawatannya diawal studi doctor al. Ketika Kolcaba menyajikan kerangkanya untuk perawatan demensia muncul pertanyaan, apakah Kolcaba sebelumnya telah melakukan analisis konsep kenyamanan. Kolcaba menjawab bahwa dia tidak melakukannya tapi itu akan menjadi langkah berikutnya. Pertanyaan ini memulai investigasi panjangnya ke dalam konsep kenyamanan. Langkah pertama, analisis konsep yang dijanjikan, dimulai dengan tinjauan ekstensif dari literatur tentang kenyamanan dari disiplin ilmu keperawatan, kedokteran, psikologi, psikiatri, ergonomi dan Inggris (khusus penggunaan Shakespeare tentang kenyamanan dan kamus Oxford English [OED]). Dari OED, Kolcaba belajar bahwa definisi asli dari kenyamanan adalah “untuk mempererat”. Definisi ini memberikan alasan yang bagus bagi perawat untuk memberikan kenyamanan kepada pasien sehingga pasien akan lebih baik dan perawat akan merasa lebih puas. Catatan sejarah tentang kenyamanan dalam keperawatan sangatlah banyak. Kolcaba mengembangkan teori kenyamanan diinspirasi dari pernyataan Nightingale yang menyatakan apa yang kita lihat itu harus kita lihat atau diamati akan hilang, tetapi apa yang dilihat itu harus dapat menyelamatkan kehidupan dan meningkatkan kesehatan serta kenyamanan hidup (Unang Wirastris, Nani Nurhaeni, 2015).

Teori *Comfort* dari Kolcaba ini menekankan pada beberapa konsep utama beserta definisinya, antara lain (Alligood, 2014) :

### **1. *Health Care Needs***

Kolcaba mendefinisikan kebutuhan pelayanan kesehatan sebagai suatu kebutuhan akan kenyamanan, yang dihasilkan dari situasi pelayanan kesehatan yang stressful, yang tidak dapat dipenuhi oleh penerima support system tradisional. Kebutuhan ini

meliputi kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan, yang kesemuanya membutuhkan monitoring, laporan verbal maupun non verbal, serta kebutuhan yang berhubungan dengan parameter patofisiologis, membutuhkan edukasi dan dukungan serta kebutuhan akan konseling financial dan intervensi.

## **2. *Comfort***

*Comfort* merupakan sebuah konsep yang mempunyai hubungan yang kuat dalam keperawatan. *Comfort* diartikan sebagai suatu keadaan yang dialami oleh penerima yang dapat didefinisikan sebagai suatu pengalaman yang *immediate* yang menjadi sebuah kekuatan melalui kebutuhan akan keringanan (*relief*), ketenangan (*ease*), and (*transcendence*) yang dapat terpenuhi dalam empat konteks pengalaman yang meliputi aspek fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan.

## **3. *Comfort Measures***

Tindakan kenyamanan diartikan sebagai suatu intervensi keperawatan yang didesain untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan yang spesifik dibutuhkan oleh penerima jasa, seperti fisiologis, sosial, financial, psikologis, spiritual, lingkungan, dan intervensi fisik.

## **4. *Enhanced Comfort***

Sebuah outcome yang langsung diharapkan pada pelayanan keperawatan, mengacu pada teori comfort ini.

## **5. *Intervening variables***

Didefinisikan sebagai kekuatan yang berinteraksi sehingga mempengaruhi persepsi resipien dari comfort secara keseluruhan. Variable ini meliputi pengalaman masa lalu, usia, sikap, status emosional, support system, prognosis, financial, dan keseluruhan elemen dalam pengalaman si resipien.

## **6. *Health Seeking Behavior (HSBs)***

Merupakan sebuah kategori yang luas dari outcome berikutnya yang berhubungan dengan pencarian kesehatan yang didefinisikan oleh resipien saat konsultasi dengan perawat. HSBs ini dapat berasal dari eksternal (aktivitas yang terkait dengan kesehatan), internal (penyembuhan, fungsi imun, dll.)

### **7. *Institutional integrity***

Didefinisikan sebagai nilai-nilai, stabilitas finansial, dan keseluruhan dari organisasi pelayanan kesehatan pada area local, regional, dan nasional. Pada sistem rumah sakit, definisi institusi diartikan sebagai pelayanan kesehatan umum, agensi home care, dll.

Paradigma Keperawatan menurut Katharine Kolcaba (Alligood, 2014) :

#### **1. Keperawatan**

Keperawatan adalah penilaian kebutuhan akan kenyamanan, perancangan kenyamanan digunakan untuk mengukur suatu kebutuhan, dan penilaian kembali digunakan untuk mengukur kenyamanan setelah dilakukan implementasi. Pengkajian dan evaluasi dapat dinilai secara subjektif, seperti ketika perawat menanyakan kenyamanan pasien, atau secara objektif, misalnya observasi terhadap penyembuhan luka, perubahan nilai laboratorium, atau perubahan perilaku. Penilaian juga dapat dilakukan melalui rangkaian penilaian skala (VAS) atau daftar pertanyaan (kuesioner), yang mana keduanya telah dikembangkan oleh Kolcaba.

#### **2. Pasien**

Penerima perawatan seperti individu, keluarga, institusi, atau masyarakat yang membutuhkan perawatan kesehatan.

#### **3. Lingkungan**

Lingkungan adalah aspek dari pasien, keluarga, atau institusi yang dapat dimanipulasi oleh perawat atau orang tercinta untuk meningkatkan kenyamanan.

#### 4. Kesehatan

Kesehatan adalah fungsi optimal, seperti yang digambarkan oleh pasien atau kelompok, dari pasien, keluarga, atau masyarakat.

### **2.6. Konsep Asuhan Keperawatan**

#### **2.6.1. Pengkajian**

1. Identitas Meliputi : Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, alamat sebelum tinggal di panti, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan sebelumnya, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, kamar dan penanggung jawab.
2. Riwayat masuk panti  
Menjelaskan mengapa memilih tinggal di panti dan bagaimana proses nya sehingga dapat bertempat tinggal di panti.
3. Riwayat keluarga  
Menggambarkan silsilah (kakek, nenek, orang tua, saudara kandung, pasangan, dan anak-anak)
4. Riwayat pekerjaan  
Menjelaskan status pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, dan sumber-sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan yang tinggi.
5. Riwayat lingkup hidup  
Meliputi : tipe tempat tinggal, jumlah kamar, jumlah orang yang tinggal di rumah, derajat privasi, alamat, dan nomor telpon.
6. Riwayat rekreasi  
Meliputi : hoby/minat, keanggotaan organisasi, dan liburan
7. Sumber/sistem pendukung

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

8. Deskripsi harian khusus kebiasaan ritual tidur

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

9. Status kesehatan hari ini

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

10. Obat-obatan

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

11. Status imunisasi

Mengkaji status imunisasi klien pada waktu dahulu

12. Nutrisi

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

13. Pemeriksaan Fisik

a. Pada pemeriksaan kepala dan leher



meliputi pemeriksaan bentuk kepala, penyebaran rambut, warna rambut, struktur wajah, warna kulit, kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea mata, konjungtiva dan sclera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan, tekanan bola mata, cuping hidung, lubang hidung, tulang hidung, dan septum nasi, menilai ukuran telinga, ketegangan telinga, kebersihan lubang telinga, ketajaman pendengaran, keadaan bibir, gusi dan gigi, keadaan lidah, palatum dan orofaring, posisi trakea, tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis serta denyut nadi karotis.

b. Pada pemeriksaan thoraks

meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk dada, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas), palpasi (penilaian vocal premitus), perkusi (menilai bunyi perkusi apakah terdapat kelainan), dan auskultasi (penilaian suara nafas dan adanya suara nafas tambahan).

c. Pada pemeriksaan jantung

meliputi inspeksi dan palpasi (mengamati ada tidaknya pulsasi serta ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (mendengar bunyi jantung, bunyi jantung tambahan, ada atau tidak bising/murmur).

d. Pada pemeriksaan abdomen

meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk abdomen, benjolan/massa, bayangan pembuluh darah, warna kulit abdomen, lesi pada abdomen), auskultasi(bising usus atau peristalisk usus dengan nilai normal 5-35 kali/menit), palpasi (terdapat nyeri tekan, benjolan/masa,

benjolan/massa, pembesaran hepar dan lien) dan perkusi (penilaian suara abdomen serta pemeriksaan asites).

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

### **2.6.2. Diagnosa Keperawatan**

1. Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Afterload (PPNI, 2016)
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler serebral) (PPNI, 2016)
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen (PPNI, 2016)

### 2.6.3. Intervensi

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Secara Teori

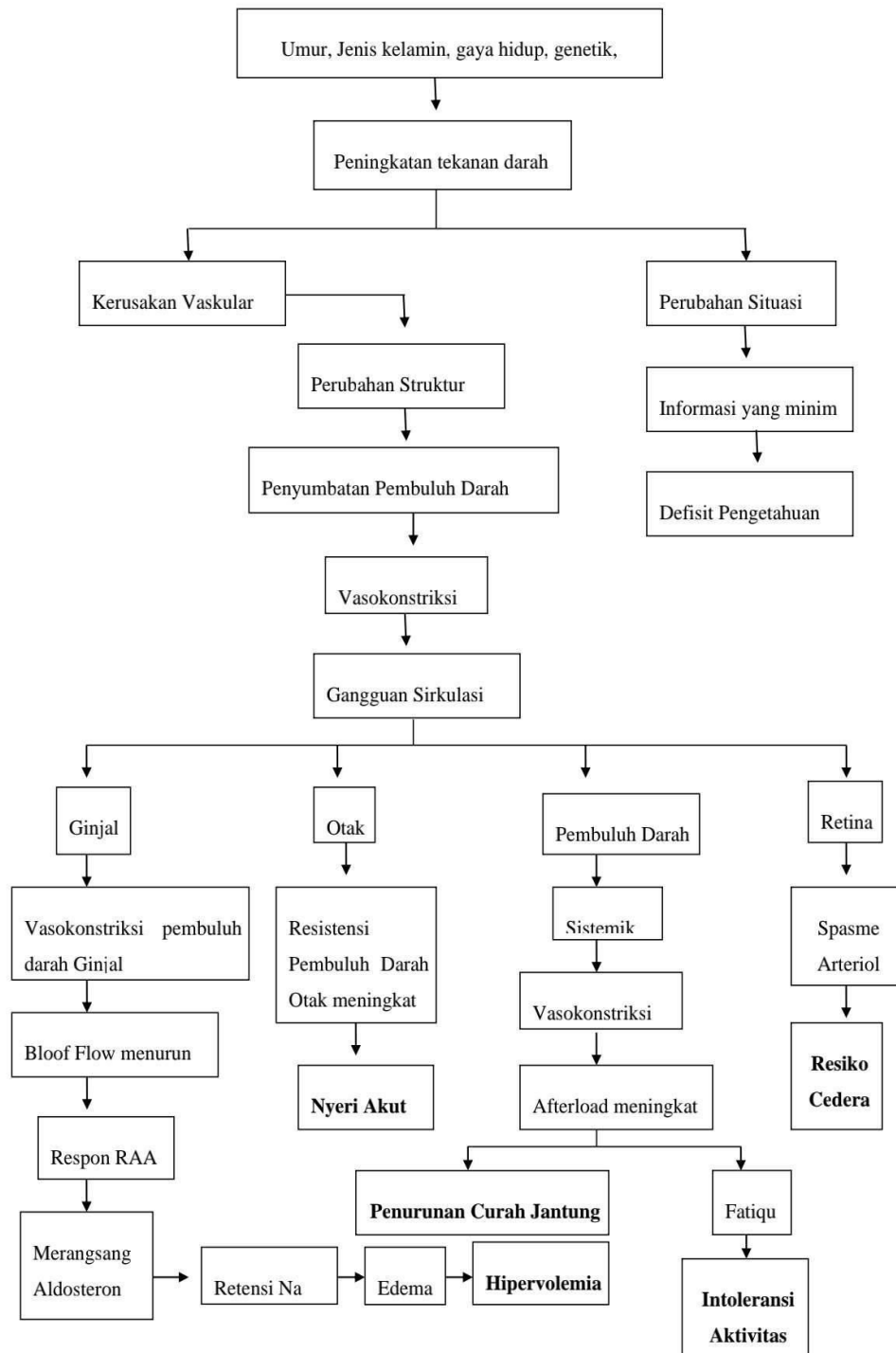
No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan Perubahan Afterload	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Curah Jantung               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>b. Dispnea menurun</li> <li>c. CRT membaik (&gt;2 detik)</li> </ol> </li> <li>2. Perfusi Miokard               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gambaran EKG aritmia menurun</li> <li>b. Nyeri dada menurun</li> <li>c. Arteri apikal membaik</li> <li>d. Tekanan arteri rata-rata membaik (MAP : 70-100 mmHg)</li> </ol> </li> <li>3. Status Sirkulasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>b. Output urine meningkat</li> <li>c. Saturasi oksigen meningkat (&gt;95%)</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan Jantung           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi tanda dan gejala primer dan sekunder penurunan curah jantung</li> <li>b. Monitor tekanan darah</li> <li>c. Monitor saturasi oksigen</li> <li>d. Monitor EKG 12 sadapan</li> <li>e. Posisikan pasien fowler atau semi fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</li> <li>f. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> </ol> </li> <li>2. Pemantauan Tanda Vital           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tekanan darah</li> <li>b. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)</li> <li>c. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)</li> <li>d. Monitor suhu tubuh</li> <li>e. Monitor oksimetri nadi</li> <li>f. Monitor tekanan nadi</li> <li>g. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengidentifikasi, merawat dan membatasi komplikasi akibat ketidakseimbangan antara suplai dan konsumsi oksigen miokard</li> <li>2. Untuk memonitor keadaan fungsi vital kardiovaskular, pernapasan dan suhu tubuh</li> </ol>

	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (peningkatan tekanan vaskuler serebral)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat Nyeri <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun</li> <li>b. Frekuensi nadi membaik (80-100 kali/menit)</li> <li>c. Tekanan darah membaik (120/80 – 130/80 mmHg)</li> </ol> </li> <li>2. Kontrol Nyeri <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat</li> <li>b. Kemampuan mengenali onset nyeri</li> <li>c. Kemampuan mengenali penyebab nyeri</li> <li>d. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis.</li> </ol> </li> <li>3. Status Kenyamanan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kesejahteraan fisik meningkat</li> <li>b. Rileks meningkat</li> <li>c. Perawatan sesuai kebutuhan meningkat</li> <li>d. Keluhan tidak nyaman menurun</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen Nyeri <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>b. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>c. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> <li>d. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>e. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu</li> </ol> </li> <li>2. Manajemen Medikasi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi penggunaan obat sesuai resep</li> <li>b. Monitor keefektifan dan efek samping pemberian obat</li> <li>c. Anjurkan menghubungi petugas kesehatan jika terjadi efek samping obat</li> </ol> </li> <li>3. Perawatan Kenyamanan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan posisi yang nyaman</li> <li>b. Ciptakan lingkungan yang nyaman</li> <li>c. Ajarkan terapi relaksasi</li> <li>d. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi pengobatan</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen nyeri dilakukan untuk mengidentifikasi nyeri yang dirasakan dan membantu meredakan nyeri Yang dirasakan pasien</li> <li>2. Manajemen medikasi dilakukan untuk membantu pasien untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan obat. Pasien harus terlebih dahulu diidentifikasi penggunaan obat nya agar pengobatan yang dilakukan benar dan edukasi mengenai efek samping obat kepada pasien untuk menghindari efek samping yang tidak diinginkan</li> <li>3. Perawatan kenyamanan dilakukan agar pasien lebih nyaman dengan kondisinya. Pasien yang nyaman akan membantu menurunkan rasa nyeri yang dirasakan.</li> </ol>
--	--	--	---	---

3.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toleransi Aktivitas <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>b. Saturasi oksigen meningkat</li> <li>c. Kemudahan dalam melakukan kegiatan sehari-hari cukup meningkat</li> <li>d. Dispnea saat aktivitas menurun</li> </ol> </li> <li>2. Curah Jantung <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>b. Ejection fraction (EF) meningkat</li> <li>c. Dispnea menurun</li> <li>d. CRT membaik (&gt;2 detik)</li> </ol> </li> <li>3. Tingkat Keletihan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kemampuan melakukan aktivitas rutin cukup meningkat</li> <li>b. Verbalisasi lelah menurun</li> <li>c. Pola napas membaik</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapi Aktivitas <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi deficit tingkat aktivitas</li> <li>b. Fasilitasi focus kemampuan, bukan deficit yang diinginkan</li> <li>c. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>d. Libatkan keluarga dalam aktivitas jika perlu</li> <li>e. Anjurkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> </ol> </li> <li>2. Edukasi Latihan Fisik <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>b. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga</li> <li>c. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan</li> <li>d. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapi aktivitas dilakukan untuk membantu pasien beraktivitas sesuai dengan kondisi kesehatannya saat ini</li> <li>2. Edukasi latihan fisik dilakukan agar pasien juga dapat melakukan latihan fisik sesuai dengan kondisinya secara mandiri dan dapat juga dilakukan di rumah</li> </ol>
----	--	---	--	---

## 2.7. WOC

Gambar 2.2 *Web of Caution* Hipertensi



## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

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

#### **3.1. Pengkajian**

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

Tn. A bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa usia 72 tahun beragama Islam. Pendidikan terakhir pasien SMP, pasien sudah 11 bulan berada di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya. Pasien sudah menikah tetapi istrinya sudah meninggal. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu anak. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai PNS di Madura dan sudah pensiun sejak 1998, saat ini pasien sudah tidak bekerja lagi. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap.

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

1. Keluhan Utama : pasien mengatakan sakit di area kepala, nyeri dirasa cunut-cunut, nyeri dirasa hilang timbul, nyeri dirasakan parah jika siang hari, skala nyeri 4 (1-10).
2. Keluhan 3 Bulan Terakhir : pasien mengatakan badannya pegal pegal
3. Riwayat Penyakit : pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi
4. Riwayat Obat Yang Dikonsumsi : Amlodipin 5 mg 1-0-0 per oral dan Vitamin B complex 1x1 tablet per oral
5. Riwayat Alergi : pasien tidak memiliki riwayat alergi

### 3.1.3. Status Fisiologi

1. Kondisi umum : pasien bedrest, pasien hanya tiduran di tempat tidur
2. Kesadaran : composmentis
3. Tanda-Tanda Vital dan Status Gizi
  - a. Tekanan Darah : 150/95 mmHg
  - b. Nadi : 89x/menit
  - c. Suhu : 36,5°C
  - d. RR : 20x/menit
  - e. SP02 : 99%
  - f. BB : 40 kg
  - g. TB : 158 cm
  - h. IMT : 16

### 3.1.4. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

pasien mengatakan sakit di area kepala, nyeri dirasa cunut-cunut, nyeri dirasa hilang timbul, nyeri dirasakan semakin parah jika siang hari, skala nyeri 4 (1-10). Kepala digundul ada rambut sedikit berwarna putih, tidak ada benjolan.
2. Mata

Pada Tn.A konjungtiva an anemis, sklera an ikterik, penglihatan sedikit kabur, tidak ada iritasi di kedua mata, mata tidak strabismus.
3. Hidung

Pada Tn. A bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu, tidak ada mimisan.



#### 4. Telinga

Pasien tidak menggunakan alat bantu dengar, pasien masih bisa mendengar dan berespon sesuai keadaan, telinga kotor tidak pernah dibersihkan.

#### 5. Mulut dan Tenggorok an

Pada Tn. S kebersihan mulut kurang baik, mukosa bibir kering, tidak pernah sikat gigi, giginya banyak yg sudah ompong, bau mulut, tidak ada kesulitan menelan.

#### 6. Leher

Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada massa yang abnormal pada leher

#### 7. Pernafasan

Pola nafas eupnea, suara nafas vesikuler, irama nafas regular, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada batuk, tidak ada sesak nafas, tidak ada sianosis

#### 8. Kardiovaskular

Suara jantung s1 s2 tunggal, tidak ada nyeri dada, tidak ada kardiomegali, CRT < 2 detik

#### 9. Gastrointestinal

Bentuk perut datar, peristaltik usus 10x/menit, tidak ada melena, tidak ada muntah, tidak ada nyeri perut. Pasien makan sehari 3 kali, makan habis ½ porsi. Minum air putih 650cc/24 jam.

#### 10. Perkemihan

pasien menggunakan popok, popok diganti sehari 2 kali pagi dan sore, tidak ada nyeri saat berkemih.

#### 11. Genitalia dan Anus

Genitalia bersih, tidak ada kelainan, tidak ada hemoroid, BAB 2 hari sekali konsistensi lembek warna kuning

## 12. Integumen

Warna kulit sawo matang, kulit keriput, kulit kering bersisik, pasien mengatakan terkadang merasa gatal pada kaki dan punggung, tidak ada luka pada kulit, akral hangat kering merah.

## 13. Muskuloskeletal

Pasien bedrest total di tempat tidur, pasien hanya tiduran saja, sesekali duduk. pasien mengatakan kakinya sulit digerakkan seperti kaku semua, punggung nya kaku jika dibuat duduk lama, tidak ada nyeri sendi, terdapat kekakuan sendi, terdapat kelemahan otot, tidak ada kram, tidak ada edema pada kaki, ADL dibantu perawat, kekuatan otot,

4444	4444
2222	2222

## 14. Persyarafan

- a. GCS : E4 V5 M6
- b. Pemeriksaan pulsasi ditemukan CRT < 2 detik
- c. Jari jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan.
- d. NI : Tn. A dapat mencium bau minyak kayu putih.
- e. NII : Lapang pandang +/-
- f. NIII, NIV, NVI : pupil mengecil saat terkena cahaya, lapang pandang luas, penglihatan sedikit kabur
- g. NV : Reflek kornea langsung

- h. NVII : pasien dapat mendengarkan suara perawat saat ditanya.
- i. NIX, NX : gerakan ovula simetris, reflek menelan +
- j. NXI : sternokleidomastoid terlihat
- k. NXII : Lidah simetris.

### **3.1.5. Pemeriksaan Psikososial dan Spiritual**

1. Mekanisme Koping : Klien mengatakan dia sangat bersyukur dengan kedaannya sekarang masih ada yang mau merawat di panti walaupun klien sudah dibuang oleh anak nya
2. Persepsi Tentang Kematian : Klien berserah diri kepada tuhan dan siap jika sewaktu-waktu nyawanya diambil oleh tuhan
3. Dampak Pada ADL : Klien tidak pernah berpindah dari tempat tidur. Klien hanya duduk saja sehingga klien tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya
4. Aktivitas Ibadah : Klien mengatakan rutin shalat 5 waktu walaupun hanya di bed, Klien mengatakan tidak dapat berjalan lagi jadi shalat nya hanya di bed sambil duduk
5. Aktivitas Rekreasi : Klien mengatakan jika bosan, ia hanya duduk dan melihat ke arah luar atau tidur
6. Aktivitas Interaksi : klien mengatakan biasanya ngobrol dengan teman sebelah bed nya

### **3.1.6. Pengkajian Perilaku Kesehatan**

Pada Tn. A ditemukan data bahwa pasien tidak bisa melakukan aktivitas sehari sehari seperti biasa karena pasien bed rest dan hanya tiduran di bed. Pasien hanya mampu duduk di bed, untuk berjalan pasien sudah tidak kuat lagi. Tn. A makan 3x/hari habis ½ porsi. Tn. A minum 650 cc/hari. Tn A mengatakan sulit tidur saat

malam, dan sering terbangun ketika tidur. Pasien jarang tidur siang. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat dan ngobrol dengan teman sebelah bedanya. Frekuensi BAB Tn. A yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. Frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari, namun sekarang menggunakan pampers karena tidak dapat melakukan toileting secara mandiri dan tidak ada gangguan saat BAK. Tn. A mandi 2x/ hari dengan bantuan perawat. Memakai lotion, minyak kayu putih, bedak setelah mandi dan Ganti baju 1x/hari. Pasien tidak pernah menyikat gigi dan kebiasaan mengganti baju sebanyak 2x/hari.

### 3.1.7. Status Nutrisi

Tabel 3.1 Pengkajian Determinan Status Nutrisi

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

**Interpretasi:**

0 – 2 : *Good*

3 – 5 : *Moderate nutritional risk*

6 ≥ : *High nutritional risk*

Dari hasil pengkajian determinan status nutrisi pada lansia didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 7 yang berarti T. A termasuk dalam kategori *High nutritional risk*.

**3.1.8. Pengkajian Lingkungan**

## 1. Pemukiman

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

## 2. Fasilitas

Terdapat fasilitas ruang klinik, taman, lapangan, aula, ruang makan, dapur, toilet, sarana hiburan berupa TV, sound system, dan mushola.

## 3. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa cctv dan juga petugas keamanan yang berjaga di depan gerbang pintu masuk selama 24 jam. Memiliki APAR di beberapa sudut

ruangan untuk penanggulangan bencana dan kebakaran. Memiliki kendaraan mobil ambulance serta akses jalan yang rata.

#### 4. Komunikasi

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

### 3.1.9. Indeks Barthel

Tabel 3.2 Pengkajian Indeks Barthel

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	0
2	Mandi	0	5	0
3	Makan	5	10	5
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	5
5	Naik/Turun Tangga	5	10	5
6	Berpakaian	5	10	5
7	Kontrol BAB	5	10	5
8	Kontrol BAK	5	10	5
9	Ambulasi	10	15	10
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	10
<b>Total Skor</b>				50

#### Interpretasi

0-20 : Ketergantungan Penuh

21-61 : Ketergantungan Berat

62-90 : Ketergantungan Sedang

91-99 : Ketergantungan Ringan

100 : Mandiri

Dari hasil pengkajian tingkat kemandirian menggunakan indeks barthel didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 50 yang berarti Tn. A termasuk dalam kategori ketergantungan berat.

### 3.1.10. MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

Tabel 3.3 Pengkajian Gangguan Kognitif MMSE

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	0	Menyebutkan dengan benar : Tahun : tidak tahu Hari: selasa Musim : tidak tahun Bulan: tidak tahu Tanggal : klien lupa hari ini tanggal berapa karena tidak punya tanggulan
2	Orientasi	5	4	Dimana sekarang kita berada ? Negara: Indonesia Panti : werda Propinsi: Jawa Timur 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 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). Tidak tahu                    2). 80                    3). 60
5	Mengingat	3	1	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	7	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut). 1). Buku 2). Pensil 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 terdiri 3 langkah. 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai

				perintah nilai satu poin. 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan 9). 9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk
Total nilai		30	15	

**Interpretasi :**

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 – 17 : gangguan kognitif berat

Dari hasil pengkajian gangguan kognitif menggunakan MMSE didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 15 yang berarti Tn. A termasuk dalam kategori gangguan kognitif berat.

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

Tabel 3.4 Pengkajian Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

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

Dari hasil pengkajian tingkat kerusakan intelektual menggunakan SPMSQ didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 6 yang berarti Tn. A termasuk dalam kategori fungsi intelektual kerusakan sedang.

### 3.1.12. GDS (*Geriatric Depression Scale*)

Tabel 3.5 Pengkajian Depresi GDS

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

**Interpretasi :**

Skor  $\geq 5$  : Depresi

Skor  $< 5$  : Tidak Depresi

Dari hasil pengkajian depresi pada lansia menggunakan GDS didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 3 yang berarti Tn. A termasuk dalam kategori tidak depresi.

**3.1.13. APGAR Keluarga**

Tabel 3.6 Pengkajian Fungsi Sosial APGAR Keluarga

NO	URAIAN	FUNGSI	SKOR
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	ADAPTATION	0
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	PARTNERSHIP	1
3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	GROWTH	1
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	AFFECTION	1
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	RESOLVE	1
<b>Kategori Skor:</b> Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1) Selalu : skore 2 2) Kadang-kadang : 1 3) Hampir tidak pernah : skore 0 <b>Intepretasi:</b> < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang		TOTAL	4

Dari hasil pengkajian fungsi sosial pada lansia menggunakan APGAR Keluarga didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 4 yang berarti Tn. A termasuk dalam kategori disfungsi sedang.

### 3.1.14. Terapi Obat

Tabel 3.7 Terapi Obat

Obat	Dosis	Rute	Indikasi
Amlodipin	5 mg 1-0-0	Per oral	Obat anti hipertensi untuk menurunkan tekanan darah tinggi
Vitamin Complex	1x1 Tablet	Per oral	Untuk membantu memenuhi kebutuhan vitamin kompleks dalam tubuh

### 3.1.15. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.8 Data Pemeriksaan Penunjang

No	Jenis Pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
1	Cek Darah Lengkap	26-11-2020	HB 13,0 g/dL Leukosit 8200/ul Granulosit 77 % Limfosit 18 % Monosit 5 % Eritrosit 4,68x10/ml HCT 35,1 mg/dl Trombosit 317.000/ul GDA 80 mg/dl Kolestrol total 129 mg/dl

## 3.2. Analisa Data




Tabel 3.9 Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS: Klien mengatakan saat mandi hanya di seka saja oleh perawat</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pampers ganti sehari 2 kali pagi dan sore</li> <li>- klien terkadang merasa gatal pada kaki dan punggung</li> <li>- kulit kering bersisik</li> <li>- klien tidak pernah menyikat gigi</li> <li>- kebersihan mulut kurang baik</li> <li>- Bau mulut</li> <li>- mukosa bibir kering</li> </ul>	Kelemahan	Defisit Perawatan Diri (SDKI, D.0109)

2.	<p>DS: pasien mengatakan sakit di area kepala, nyeri dirasa cenus-cenus, nyeri dirasa hilang timbul, nyeri dirasakan parah jika siang hari, skala nyeri 4 (1-10).</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan Darah : 150/95 mmHg</li> <li>- Nadi : 89x/menit</li> <li>- Suhu : 36,5°C</li> <li>- RR : 20x/menit</li> </ul>	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (SDKI, D.0077)				
3.	<p>DS: pasien mengatakan kakinya sulit digerakkan seperti kaku semua dan punggung nya kaku jika dibuat duduk lama</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien bedrest total di tempat tidur</li> <li>- kelemahan otot</li> <li>- ADL dibantu perawat</li> <li>- kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4444</td> <td style="padding: 0 10px;">4444</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">2222</td> <td style="padding: 0 10px;">2222</td> </tr> </table>	4444	4444	2222	2222	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, D.0054)
4444	4444						
2222	2222						

### 3.3. Prioritas Masalah

Tabel 3.10 Prioritas Masalah

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal		TTD
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisiologis	13-01-2022	14-01-2022	
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Penurunan Kekuatan Otot	13-01-2022	Masalah Teratasi Sebagian	
	Defisit Perawatan Diri b/d Kelemahan	13-01-2022	Masalah Teratasi Sebagian	

### 3.4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.11 Intervensi Keperawatan





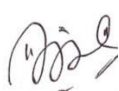




No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera Fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Frekuensi nadi membaik 3. Pola napas membaik 4. Tekanan darah membaik (SLKI, L.08066)	<p><b>Intervensi Utama : Edukasi Manajemen Nyeri (SIKI, I.12391)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Jelaskan penyebab periode, dan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Intervensi Pendukung : Manajemen Kenyamanan Lingkungan (SIKI, I.08237)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Identifikasi sumber ketidaknyamanan</li> <li>6. Sediakan ruangan yang tenang dan mendukung</li> <li>7. Fasilitasi kenyamanan lingkungan</li> <li>8. Atur posisi yang nyaman</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mempermudah perawat dalam memberikan informasi</li> <li>2. Agar pasien mengenal dan mampu mengatasi nyeri yang dirasakan</li> <li>3. Untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Untuk memberi kesempatan pasien bertanya mengenai nyeri nya</li> <li>5. Untuk mengetahui penyebab ketidaknyamanan pasien</li> <li>6. Untuk menghindari kebisingan yang dapat meningkatkan tekanan darah yang akan mengakibatkan nyeri kepala</li> <li>7. Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien</li> <li>8. Untuk membuat pasien lebih rileks</li> </ol>

2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b/d Penurunan Kekuatan Otot</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot meningkat</li> <li>2. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>3. Kaku sendi menurun</li> <li>4. Kelemahan fisik menurun</li> </ol> <p>(SLKI, L.05042)</p>	<p><b>Intervensi Utama : Latihan Rentang Gerak (SIKI, I.05177)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</li> <li>2. Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</li> <li>3. Fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</li> <li>4. Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi</li> <li>5. Berikan dukungan yang positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</li> </ol> <p><b>Intervensi Pendukung : Manajemen Lingkungan (SIKI, I.14514)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Atur suhu lingkungan sesuai</li> <li>7. Sediakan tempat tidur dan lingkungan yang nyaman dan bersih</li> <li>8. Ganti pakaian secara berkala</li> <li>9. Hindari paparan langsung dengan cahaya matahari dan cahaya yang tidak perlu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui area sendi mana saja yang mengalami keterbatasan untuk mempermudah dalam melakukan latihan rentang gerak</li> <li>2. Untuk membantu mempermudah area sendi mana saja yang bisa dilatih rentang gerak</li> <li>3. Untuk mengoptimalkan pergerakan sendi</li> <li>4. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi</li> <li>5. Dukungan yang positif memotivasi pasien untuk mengikuti latihan rentang gerak</li> <li>6. Untuk meningkatkan kenyamanan pasien</li> <li>7. Untuk meningkatkan kenyamanan pasien</li> <li>8. Menjaga kebersihan diri pasien</li> <li>9. Menghindari ketidaknyamanan pasien saat istirahat</li> </ol>
---	---	---	--	--






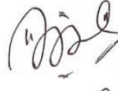


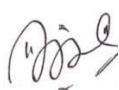
3	Defisit Perawatan Diri b/d Kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan makan meningkat 2. Verbalisasi melakukan perawatan diri meningkat 3. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 4. Mempertahankan kebersihan mulut (SLKI, L.11103)	<b>Intervensi Utama : Dukungan Perawatan Diri (SIKI, I.11348)</b> 1. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 2. Sediakan lingkungan yang terapeutik 3. Siapkan keperluan pribadi 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri  <b>Intervensi Pendukung : Pemberian Makanan (SIKI, I.03125)</b> 5. Lakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan 6. Sediakan lingkungan menyenangkan selama waktu makan 7. Berikan posisi duduk atau semifowler saat makan	1. Untuk mengidentifikasi kebutuhan yang diperlukan pasien 2. Lingkungan yang terapeutik meningkatkan kenyamanan pasien dalam melakukan perawatan diri 3. Untuk memfasilitasi kebutuhan yang diperlukan pasien 4. Membantu pasien untuk melakukan perawatan diri 5. Untuk mempertahankan kebersihan mulut dan tangan sebelum makan 6. Agar pasien merasa nyaman dan senang ketika makan 7. Untuk menghindari tersedak
---	--------------------------------------	---	---	---











### 3.5. Tindakan




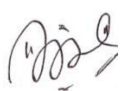

Tabel 3.12 Implementasi

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT Perawat
1,2,3	<b>13-01-22 (Dinas Pagi)</b> 06.30	Melakukan timbang terima dengan dinas malam R/ pasien kooperatif	
	07.00	Mengobservasi tanda tanda vital R/ TD : 140/95 mmHg, N 89x/menit, Suhu 36,8 <sup>0</sup> C, RR 20x/menit, SpO2 99%	
3	07.15	Menyiapkan makanan pasien R/ pasien makan nasi, lauk, dan sayur	
3	07.30	Membantu menyuapi makan pasien R/ Pasien makan masih disuapi, makan habis ½ porsi	
1	07.40	Memberikan obat amlodipin 5 mg per oral dan vitamin b complex 1 tablet per oral R/ pasien kooperatif, tidak reaksi alergi pada obat	
1	08.00	Memonitor nyeri yang dirasakan pasien R/ pasien mengatakan pusing yang dirasakan sudah mulai berkurang dan kalau sudah minum obat nyanya tidak begitu terasa tapi siangnya pusing kembali, nyeri dirasa cunut-cunut, nyeri dirasa hilang timbul, skala nyeri 4 (1-10).	
1	10.00	Mengedukasi pasien mengenai teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri R/ Pasien mampu melakukan tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	
2	11.00	Melakukan latihan rentang gerak pada pasien  - Pasien mampu melakukan ROM pasif dan dibantu perawat - ADL dibantu oleh perawat - Kekuatan otot	
1,2	11.30	4444   4444 2222   2222 Menutup sebagian tirai pada jendela saat siang hari, untuk mengurangi pusing yang dirasakan pasien R/ pasien tampak tidur dengan siang	




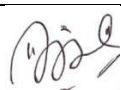
1,2	11.35	dengan pulas Memasang bed side rail agar pasien tidak jatuh R/ bed side rail terpasang	
	<b>14-01-22 (Dinas Sore)</b>		
1,2,3	13.30	Melakukan timbang terima dengan dinas pagi R/ pasien kooperatif	
1,2,3	14.00	Melakukan observasi tanda tanda vital R/ TD : 130/90 mmHg, N 90x/menit, Suhu 36,5 <sup>0</sup> C, RR 20x/menit, SpO2 100%	
3	15.00	Membantu pasien untuk personal hygiene R/ - Personal hygiene dibantu perawat - Pasien mampu memakai baju secara mandiri - Perawatan kebersihan mulut dibantu perawat - Kulit lembab tidak kering, mukosa bibir lembab, pasien tampak rapi dan bersih, bau mulut berkurang, mulut bersih	
3	16.00	Menyiapkan makanan pasien R/ pasien makan nasi, , lauk, dan sayur	
3	16.30	Membantu menyuapi pasien makan R/ pasien makan habis ½ porsi	
3	16.35	Menganjurkan pasien untuk makan dengan duduk R/ Pasien mampu makan secara mandiri dengan duduk	
1	17.00	Mengevaluasi teknik tarik nafas dalam yang sudah diajarkan R/ Pasien mampu mengulangi teknik tarik nafas dalam yang sudah diajarkan untuk mengurangi nyeri	 
2	18.30	Melakukan latihan rentang gerak pada pasien R/ - Pasien mampu melakukan ROM pasif dengan bantuan perawat - ADL dibantu oleh perawat - Personal hygiene dibantu perawat - Kekuatan otot meningkat	 


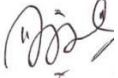


		4444   4444 3333   3333	
1,2	20.00	memberikan selimut pada pasien dan menutup pintu ruangan untuk menambah kenyamanan pasien dan mengurangi kebisingan R/ pasien mengatakan lebih nyaman jika pintunya ditutup	
1,2	20.05	Memasang bed side rail agar pasien tidak jatuh R/ bed side rail terpasang	
	<b>15-01-22 (Dinas Malam)</b>		
2,3	20.30	Melakukan timbang terima dengan dinas sore R/ pasien kooperatif	
2,3	21.00	Menyiapkan obat untuk pagi hari R/ amlodipin 5 mg per oral dan vitamin b complex 1 tablet per oral	
2,3	21.30	Memonitor keadaan pasien R/ pasien sudah tertidur, bed side rail sudah terpasang	
2,3	22.00	Mematikan lampu dan menutup tirai ruangan R/ tirai sudah tertutup dan beberapa lampu dimatikan	
2,3	04.15	Membangunkan pasien dan mengingatkan untuk shalat subuh R/ pasien bangun dan shalat di bed	
2,3	05.00	Melakukan observasi tanda-tanda vital R/ TD : 140/80 mmHg, N 89x/menit, Suhu 36,7°C, RR 18x/menit, SpO2 99%	
3	05.30	Membantu pasien melakukan personal hygiene R/ - Pasien mampu memakai baju secara mandiri - Pasien belum bisa menyikat gigi secara mandiri, hanya mampu kumur dengan listerin - Kulit lembab, mukosa bibir lembab, pasien tampak rapi dan bersih, bau mulut berkurang, mulut bersih - ADL dan personal hygiene dibantu oleh perawat	 



3	06.30	Menyiapkan makanan pasien R/ pasien makan nasi, lauk, dan sayur	
3	07.00	Membantu pasien untuk makan R/ Pasien mampu makan secara mandiri	
2,3	07.15	dengan duduk, makan habis ½ porsi Memberikan obat amlodipin 5 mg per oral dan vitamin B complex 1 tablet per oral	
2,3	07.30	R/ tidak ada tanda-tanda alergi obat Membuka tirai-tirai di ruangan agar udara dan cahaya matahari dapat masuk	
2	07.35	R/ pasien mengatakan udara nya lebih sejuk ketika pagi hari Melakukan latihan rentang gerak R/ - Pasien mampu melakukan ROM pasif dan dibantu perawat - Pasien mampu bangun dari tidur ke duduk secara mandiri - Kekuatan otot meningkat	 
		4444   4444 3333   3333	

### 3.6. Evaluasi

Tabel 3.13 Evaluasi

Tanggal Jam	Evaluasi	TT Perawat
13-01-22 14.00 WIB	<b><u>Dx 1</u></b> <b>S:</b> pasien mengatakan pusing yang dirasakan sudah mulai berkurang dan kalau sudah minum obat nyeri nya tidak begitu terasa tapi siang nya pusing kembali, nyeri dirasa cunut-cunut, nyeri dirasa hilang timbul, skala nyeri 4 (1-10). <b>O:</b> - TD : 140/95 mmHg, N 89x/menit, Suhu 36,8 <sup>0</sup> C, RR 20x/menit, SpO2 99% - Pasien mampu melakukan tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri <b>A:</b> masalah teratasi sebagian <b>P:</b> intervensi dilanjutkan no 3,4,5,6,7 dan 8	
13-01-22 14.00 WIB	<b><u>Dx 2</u></b> <b>S:</b> pasien mengatakan kaki nya masih terasa kaku dan	

	<p>sulit digerakkan</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu melakukan ROM pasif dan dibantu perawat</li> <li>- ADL dibantu oleh perawat</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <p>4444   4444 2222   2222</p> <p><b>A:</b> masalah belum teratasi <b>P:</b> intervensi dilanjutkan no 4,5,6,7,8 dan 9</p>	
<p><b>13-01-22</b> <b>14.00 WIB</b></p>	<p><b><u>Dx 3</u></b></p> <p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif dengan perawat</li> <li>- Pasien makan masih disuapi, makan habis ½ porsi</li> <li>- ADL dibantu oleh perawat</li> </ul> <p><b>A:</b> masalah teratasi sebagian <b>P:</b> intervensi dilanjutkan no 2,3,4,5,6 dan 7</p>	
<p><b>14-01-22</b> <b>21.00</b> <b>WIB</b></p>	<p><b><u>Dx 1</u></b></p> <p><b>S:</b> pasien mengatakan sudah tidak pusing lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 130/90 mmHg, N 90x/menit, Suhu 36,5<sup>0</sup>C, RR 20x/menit, SpO2 100%</li> <li>- Pasien mampu mengulangi teknik tarik nafas dalam yang sudah diajarkan untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p><b>A:</b> masalah teratasi <b>P:</b> intervensi dihentikan</p>	
<p><b>14-01-22</b> <b>21.00</b> <b>WIB</b></p>	<p><b><u>Dx 2</u></b></p> <p><b>S:</b> pasien mengatakan kaki nya masih terasa kaku</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampuan melakukan ROM pasif dengan bantuan perawat</li> <li>- ADL dibantu oleh perawat</li> <li>- Personal hygiene dibantu perawat</li> <li>- Kekuatan otot meningkat</li> </ul> <p>4444   4444 3333   3333</p> <p><b>A:</b> masalah belum teratasi <b>P:</b> intervensi dilanjutkan no 4,5,6,7,8 dan 9</p>	
<p><b>14-01-22</b> <b>21.00</b> <b>WIB</b></p>	<p><b><u>Dx 3</u></b></p> <p><b>S:</b> pasien mengatakan gatal-gatal di badannya berkurang</p> <p><b>O:</b></p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif dengan perawat</li> <li>- Pasien mampu makan secara mandiri dengan duduk, makan habis ½ porsi</li> <li>- Pasien mampu memakai baju secara mandiri</li> <li>- Perawatan kebersihan mulut dibantu perawat</li> <li>- Kulit lembab tidak kering, mukosa bibir lembab, pasien tampak rapi dan</li> <li>- bersih, bau mulut berkurang, mulut bersih</li> <li>- ADL dan personal hygiene dibantu oleh perawat</li> </ul> <p><b>A:</b> masalah teratasi sebagian <b>P:</b> intervensi dilanjutkan no 2,3,4,5,6 dan 7</p>	
<p><b>15-01-22</b> <b>08.00</b> <b>WIB</b></p>	<p><b><u>Dx 2</u></b> <b>S:</b> pasien mengatakan kaku yang dirasakan sudah berkurang setelah rutin dilakukan latihan gerak <b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu melakukan ROM pasif dan dibantu perawat</li> <li>- Pasien mampu bangun dari tidur ke duduk secara mandiri</li> <li>- ADL dibantu oleh perawat</li> <li>- Personal hygiene dibantu perawat</li> <li>- Kekuatan otot meningkat</li> </ul> <p>4444   4444 3333   3333</p> <p><b>A:</b> masalah teratasi sebagian <b>P:</b> intervensi dihentikan</p>	
<p><b>15-01-22</b> <b>08.00</b> <b>WIB</b></p>	<p><b><u>Dx 3</u></b> <b>S:</b> pasien mengatakan badannya lebih segar setelah dibersihkan <b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif dengan perawat</li> <li>- Pasien mampu makan secara mandiri dengan duduk, makan habis ½ porsi</li> <li>- Pasien mampu memakai baju secara mandiri</li> <li>- Pasien belum bisa menyikat gigi secara mandiri, hanya mampu kumur dengan listerin</li> <li>- Kulit lembab, mukosa bibir lembab, pasien tampak rapi dan bersih, bau mulut berkurang, mulut bersih</li> <li>- ADL dan personal hygiene dibantu oleh perawat</li> </ul> <p><b>A:</b> masalah teratasi sebagian <b>P:</b> intervensi dihentikan</p>	

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosis medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosis medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya adalah sebagai berikut :

#### **4.1. Pengkajian**

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

##### **4.1.1. Identitas**

Tn. A bertempat tinggal di Surabaya dari suku Jawa usia 72 tahun beragama islam. Pendidikan terakhir pasien SMP, pasien sudah 11 bulan berada di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya. Pasien sudah menikah tetapi istrinya sudah meninggal. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu anak. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai PNS di Madura dan sudah pensiun sejak 1998, saat ini pasien sudah tidak bekerja lagi. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap.

Menurut hasil penelitian dari Falah (2019) responden laki-laki mengalami kejadian hipertensi sebanyak 15 orang (25%) dan yang tidak mengalami hipertensi sebanyak 45 orang (75%). Sedangkan pada responden wanita yang mengalami hipertensi lebih banyak daripada laki-laki yaitu sebanyak 27 orang (45%) dan yang tidak mengalami hipertensi sebanyak 33 orang (55%). artinya responden perempuan berpeluang tinggi mengalami hipertensi dibandingkan laki-laki. Menurut asumsi dari penulis bahwa wanita yang mengalami menopause merupakan salah satu faktor penyebab wanita memiliki kecenderungan angka kejadian hipertensi lebih tinggi daripada laki-laki. Namun pada laki-laki juga memiliki faktor resiko mengalami hipertensi. Faktor resiko terjadinya hipertensi terbagi dalam dua faktor yaitu faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi. Jenis kelamin merupakan faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi. Maka perlu adanya untuk dilakukan pencegahan sehingga tidak terjadinya hipertensi.

Hasil penelitian dari Pratama et al., (2020) juga menyatakan bahwa Pendidikan rendah (tidak sekolah, SD, dan SMP) yang mengalami hipertensi berjumlah 52 kasus, sedangkan pendidikan tinggi (SMA, D3, dan Sarjana) yang mengalami hipertensi berjumlah 31 kasus. Penulis berasumsi bahwa hal ini menandakan tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi kejadian hipertensi pada lansia. Jika pendidikan seseorang semakin tinggi maka pengetahuan seseorang tentang hipertensi serta bahaya-bahaya yang timbul semakin tinggi pula partisipasi seseorang terhadap pengendalian hipertensi. Akan tetapi tingkat pendidikan saja tidak cukup untuk dapat melakukan pengendalian hipertensi sepenuhnya, tanpa diiringi sikap dengan kesadaran akan pentingnya pengendalian hipertensi yang akan diiringi oleh tindakan yang nyata dalam kehidupan sehari-hari. Seseorang yang

tingkat pendidikannya rendah dan mengalami hipertensi karena mereka belum atau tidak mengetahui tentang cara menjaga kesehatan dirinya. Sedangkan sedangkan yang berpendidikan tinggi mereka mendapatkan informasi yang lebih, sehingga mereka mengetahui bagaimana menjaga kesehatan dirinya.

#### **4.1.2. Riwayat Kesehatan**

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien mengeluh sakit di area kepala, nyeri dirasa cenus-cenus, nyeri dirasa hilang timbul, nyeri dirasakan parah jika siang hari, skala nyeri 4 (1-10). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa sebagian besar intensitas skala nyeri pada penderita hipertensi yang paling tinggi adalah nyeri sedang (4-6) sebanyak 13 responden (59,09%) sedangkan yang paling rendah adalah nyeri berat (7-9) sebanyak 2 responden (9,09%) (Rispati et al., 2019). Menurut asumsi dari penuliskan darah tinggi dapat menyebabkan sakit kepala karena mempengaruhi pembuluh darah di otak. Hipertensi membuat tekanan berlebih pada otak, yang akhirnya dapat menyebabkan terasa nyeri kepala hingga pecahnya pembuluh darah otak.

Dari hasil pengkajian juga didapatkan data bahwa selama di panti Wreda pasien rutin minum obat amlodipin 5 mg 1-0-0 per oral. Hasil penelitian dari Puspita et al., (2017) menyatakan bahwa secara keseluruhan (baik pasien umum maupun pasien prolans) terdapat 53,6% yang dinyatakan tidak patuh dalam menjalani pengobatan hipertensi. Alasan ketidakpatuhan paling besar adalah tidak merasakan keluhan atau merasa dirinya sehat (over estimated) dengan prosentase 47%. Hasil penelitian lain juga menyatakan bahwa dari 41 responden yang menyatakan peran petugas kesehatan rendah seluruhnya tidak patuh dalam menjalani pengobatan hipertensi. Sedangkan dari 59 responden yang menyatakan



peran petugas kesehatan tinggi sebesar 33,9% (20 responden) tidak patuh dalam menjalani pengobatan hipertensi dan 66,1% (39 responden) patuh dalam menjalani pengobatan hipertensi. Hasil uji Chi-Square diperoleh P value 0,000 ( $P < 0,05$ ) (Pratiwi & Perwitasari, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara peran petugas kesehatan dengan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Penulis berasumsi bahwa kepatuhan minum obat juga dipengaruhi oleh pelayanan dari petugas kesehatan. Pelayanan yang baik serta ramah dari petugas kesehatan memberikan dampak positif bagi perilaku pasien. Pemberian penjelasan dari petugas kesehatan terkait obat dan penyakit hipertensi yang diderita oleh pasien merupakan dukungan yang berpengaruh terhadap kepatuhan pasien dalam minum obat. Petugas kesehatan adalah pihak yang paling sering berinteraksi dengan pasien sehingga dapat memahami kondisi fisik dan psikis pasien serta mempengaruhi kepercayaan diri pasien.

#### **4.1.3. Status Fisiologi**

Dalam pengkajian di dapatkan data bahwa pasien bed rest, tidak bisa duduk hanya tiduran saja. Pasien memiliki BB 40 kg, TB 158 cm dan IMT 16. Kondisi pasien yang bedrest dapat mengakibatkan resiko terjadinya dekubitus. Dekubitus sangat dipengaruhi oleh besarnya tekanan. Tekanan yang ditimbulkan oleh bobot tubuhlah yang menyebabkan aliran darah ke kapiler berkurang yang menyebabkan peristiwa iskemik yang berpotensi terjadi dekubitus. Dari hasil penelitian diperoleh hasil bahwa responden yang masuk dalam klasifikasi beresiko dekubitus dengan skor 11-15 sebanyak 13 orang (52.0 %) yaitu pada kelompok dengan IMT 18.5-25 (normal), yang masuk dalam klasifikasi resiko tinggi dekubitus dengan skor 16-20 sebanyak 9 orang (39.1%) dan yang masuk dalam klasifikasi

beresiko sangat tinggi dekubitus dengan skor 21-101 sebanyak 11 orang (61.1%) yaitu pada kelompok dengan IMT  $\leq 18$  (kurus). Hal ini dapat di ambil kesimpulan bahwa kelompok dengan IMT  $\leq 18$  (kurus) beresiko tinggi mengalami dekubitus (Zulaikah et al., 2015). Menurut asumsi penulis pada pasien yang mengalami keterbatasan dalam mobilisasi akan mengalami bedrest total sehingga akan mengalami penekanan pada tubuh. Tekanan sangat dipengaruhi oleh berat badan terutama pasien kurus dan gemuk. Pada saat pasien berbaring berat badan kan berpindah pada penonjolan tulang. Tulang yang menonjol akan mengalami tekanan yang menyebabkan penurunan suplai darah pada jaringan sehingga jaringan akan kekurangan oksigen yang berpotensi mengalami dekubitus.

#### **4.1.4. Pemeriksaan Fisik**

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data bahwa pada penglihatan Tn. A kabur, kakinya sulit digerakkan seperti kaku semua, punggung nya kaku jika dibuat duduk lama, terdapat kekakuan sendi, terdapat kelemahan otot, serta ADL dibantu perawat. Hal ini sejalan dengan penelitian dari S. Aisyah, (2019) bahwa hasil penelitian yang dilakukan di di Balai Sosial Lanjut Usia Mandalika Mataram pada lansia dengan gangguan sensori di dapatkan bahwa gambaran ADL responden dari 18 responden didapatkan ADL tertinggi adalah mandiri sebanyak 9 lansia (50 %). Responden yang memiliki ADL partial sebanyak 6 lansia (33%), responden yang memiliki ADL intermediet sebanyak 3 lansia (17%). Menurut Penulis berasumsi bahwa perubahan fisik pada lansia khususnya pada perubahan sensori pengelihatan akan berpengaruh pada mobilisasi lansia tersebut, dimana dengan adanya perubahan sensori pengelihatan lansia tidak bisa beraktifitas seperti biasa untuk memenuhi

kebutuhan sehari-hari sehingga mengakibatkan lansia tersebut tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan mandiri sehingga membutuhkan bantuan orang lain.

#### **4.1.5. Pemeriksaan Psikososial dan Spiritual**

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa Tn. A selalu shalat 5 waktu walaupun dengan duduk atau tiduran, Tn. A juga mengatakan sangat bersyukur dengan kehidupannya saat ini karena masih ada yang mau merawat nya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Yuzefo et al., (2016) yang menyatakan dari 97 orang lansia memperlihatkan bahwa mayoritas lansia memiliki spiritual tinggi sebanyak 32 lansia (33%) dengan kualitas hidup yang baik, dan 19 lansia (19,6%) dengan kualitas hidup yang buruk. Sedangkan lansia yang memiliki spiritual rendah sebanyak 18 lansia (18,6%) dengan kualitas hidup baik, dan 28 lansia (28,9%) dengan kualitas hidup yang buruk. Menurut asumsi penulis dengan terpenuhinya kebutuhan spiritual maka seseorang memiliki kehidupan yang berkualitas. Lansia yang memiliki pemahaman spiritual akan menjalin hubungan yang baik dengan orang lain sehingga dapat menemukan arti dan tujuan hidup dan hal ini dapat membantu lansia untuk mencapai potensi dan meningkatkan kualitas hidupnya

#### **4.1.6. Pengkajian Perilaku**

Pada Tn. A ditemukan data bahwa pasien tidak bisa melakukan aktivitas sehari sehari seperti biasa karena pasien bed rest dan hanya tiduran di bed. Pasien hanya mampu duduk di bed, untuk berjalan pasien sudah tidak kuat lagi. Tn. A makan 3x/hari habis ½ porsi. Tn. A minum 650 cc/hari. Tn A mengatakan sulit tidur saat malam, dan sering terbangun ketika tidur. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat dan ngobrol dengan teman sebelah bed nya. Pasien tidak pernah menyikat gigi dan kebiasaan mengganti baju sebanyak 2x/hari. Perilaku yang

ditunjukkan lansia menunjukkan bahwa ada ketergantungan pada lansia dalam melakukan ADL. Hasil penelitian dari Hastari et al., (2021) menunjukkan bahwa bahwa dari total 30 orang lansia yang mempunyai ketergantungan total (Total Care) sebanyak 7 orang (23,3%), ketergantungan sebagian (Partial Care) sebanyak 19 orang (63,3%), dan mandiri (Minimum Care) sebanyak 4 orang (13,3%). Penulis berasumsi bahwa penurunan tingkat produktifitas dari kelompok lansia ini terjadi karena adanya penurunan fungsi tubuh, sehingga akan menyebabkan kelompok lansia mengalami penurunan dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari. Perawatan bagi lansia yang lemah atau jompo memerlukan perhatian penuh, bukan hanya karena mereka pikun, namun mereka juga harus terus diawasi dengan alasan keselamatannya dan juga karena kondisi fisik mereka yang memerlukan perhatian khusus.

#### **4.1.7. Status Gizi**

Dari hasil pengkajian determinan status nutrisi pada lansia didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 7 yang berarti T. A termasuk dalam kategori *High nutritional risk*. Hal ini juga ditunjukkan pada pemeriksaan antropometri pasien dan didapatkan hasil BB 40 kg, TB 158 cm dan IMT 16, yang berarti dibawah normal. Penjelasan mengenai status gizi lansia juga di tunjukkan pada data dari Badan Litbang Kesehatan dalam Sartika et al., (2013) adapun masalah gizi yang sering terjadi pada lansia yaitu adalah masalah gizi berlebih (obesitas) dan masalah gizi kurang (kurus). Di Indonesia, angka kejadian masalah gizi pada lansia cukup tinggi, sekitar 31% untuk masalah gizi kurang dan hanya 1,8% untuk masalah gizi lebih. Penelitian lain juga menyatakan bahwa dari total 59 lansia yang mengalami hipertensi serta memiliki status gizi kurang sebanyak 13 orang (22%) dan lansia

dengan status gizi normal sebanyak 22 orang (37,3%), sedangkan lansia dengan status gizi lebih sebanyak 24 orang (40,7%) (Norfai, 2014).

Penulis berasumsi bahwa status gizi yang lebih meningkatkan risiko terjadinya hipertensi karena makin besar massa tubuh, maka makin banyak darah yang dibutuhkan untuk memasok oksigen dan makanan ke jaringan tubuh. Hal ini dapat memberi tekanan lebih besar pada dinding arteri, yang akan menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan darah. Selain itu, kelebihan berat badan juga meningkatkan frekuensi denyut jantung. Sedangkan pada lansia yang mengalami gizi kurang biasanya sering disebabkan oleh masalah-masalah sosial ekonomi dan bisa juga karena gangguan penyakit. Bila konsumsi kalori terlalu rendah dari yang dibutuhkan maka berat badan kurang dari normal. Apabila hal ini disertai dengan kekurangan protein maka akan terjadi kerusakan-kerusakan sel yang tidak dapat diperbaiki dan membuat daya tahan menjadi menurun.

#### **4.1.8. Pengkajian Lingkungan**

Dari pengkajian lingkungan didapatkan data yaitu pada pemukiman luas bangunan sekitar 2.887 m<sup>2</sup> dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genteng, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik. Ventilasi 15 % luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di panti memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di panti menggunakan air PDAM dan membeli air minum aqua. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada, terdapat petugas kebersihan yang membersihkan lingkungan setiap hari. Terdapat fasilitas ruang klinik, taman, lapangan, aula, ruang makan, dapur, toilet, sarana hiburan berupa TV, sound system, dan mushola. Terdapat sistem keamanan

berupa cctv dan juga petugas keamanan yang berjaga di depan gerbang pintu masuk selama 24 jam. Memiliki APAR di beberapa sudut ruangan untuk penanggulangan bencana dan kebakaran. Memiliki kendaraan mobil ambulance serta akses jalan yang rata. Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung. Dari data yang didapatkan bahwa lingkungan di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya sudah sesuai dan aman bagi lansia. Menurut penelitian dari Sukmawan (2019) menyimpulkan bahwa dalam perancangan hunian yang nyaman dan aman terhadap resiko kecelakaan yang mungkin terjadi pada lansia, diperlukan sirkulasi yang dapat dilalui dua buah kursi roda secara bersamaan dan bebas hambatan, disediakan handrail pada jalur sirkulasi, disediakan ramp pada perbedaan ketinggian lantai, dan penggunaan warna yang kontras namun dominan ringan dan hangat. Penulis berasumsi bahwa Sebuah panti Wreda harus memenuhi standarisasi panti yang baik agar dapat membantu lansia melakukan aktivitasnya dan mengurangi resiko kecelakaan yang berakibat fatal, seperti terjatuh atau terpeleset akibat kesalahan desain atau kurang maksimalnya fasilitas di panti tersebut. Kenyamanan lingkungan fisik memiliki korelasi dengan kenyamanan psikologis penghuninya. Kenyamanan lingkungan fisik dapat menunjang rasa nyaman bagi penghuninya. Apabila secara fisik terpenuhi, maka sedikit banyak memberikan dampak yang positif juga bagi psikologis penghuninya. Kenyamanan dan keselamatan bagi lansia adalah suatu keadaan didapatkannya kemudahan dalam beraktivitas secara mandiri serta terhindar dari resiko kecelakaan kecil yang mungkin terjadi.

#### **4.1.9. Indeks Barthel**

Dari hasil pengkajian tingkat kemandirian menggunakan indeks barthel didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 50 yang berarti Tn. A termasuk dalam kategori ketergantungan berat dengan usia Tn. A yaitu 72 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Widyastuti & Ayu (2019) yang juga menggunakan kuesioner *Index Barthel* untuk pengumpulan data dan didapatkan data bahwa sebanyak 51 orang lansia dengan tingkat ketergantungan di semua golongan usia berada dalam mandiri dan kategori ringan yaitu 49%, terdapat satu lansia dengan rentang usia 60-74 (2%) mengalami ketergantungan berat. Penulis berasumsi bahwa seiring berjalannya waktu dan bertambahnya usia maka lansia akan mengalami penurunan jaringan atau organ sehingga rentan terhadap munculnya penyakit-penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif yang sering dialami oleh lansia adalah darah tinggi atau hipertensi. Kondisi ini membuat lansia mengalami kelemahan dan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga membutuhkan orang lain untuk membantunya. Hal ini yang membuat lansia mengalami ketergantungan dari ringan hingga berat.

#### **4.1.10. MMSE (*Mini Mental Status Exam*)**

Dari hasil pengkajian gangguan kognitif menggunakan MMSE didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 15 yang berarti Tn. A termasuk dalam kategori gangguan kognitif berat. Berdasarkan hasil penelitian dari Sari et al., (2019) dari total 46 sample lansia yang berusia  $\geq 60$  tahun, prevalensi hipertensi dan gangguan kognitif adalah 47% (22/46) dan 47% (22/46). Di antara 39% (18/46) individu yang mengalami hipertensi. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa hipertensi akan meningkatkan risiko terjadinya gangguan fungsi kognitif sebesar

3,14 kali. Perubahan yang terjadi di otak terkait dengan hipertensi adalah adanya remodeling vascular sehingga terjadi gangguan autoregulasi cerebral lesi di substansia alba, infark lakunar, dan perubahan otak yang mirip penderita demensia alzheimer seperti angiopati amiloid dan atrofi cerebral (Ismaya et al., 2017). Penulis berasumsi bahwa perubahan di otak pada lansia dengan masalah hipertensi adalah adanya gangguan di pembuluh dan mempengaruhi otak sehingga terjadi gangguan pada sel-sel jaringan di otak yang mengakibatkan gangguan pada fungsi kognitif. Seseorang dengan gangguan fungsi kognitif akan mengalami keluhan berupa gangguan memori yang mengakibatkan berkurangnya kemampuan dalam menyerap informasi baru dan mengambil informasi dari memori yang pernah ada, serta kemampuan mengingat kejadian masa lalu lebih baik dibandingkan kemampuan mengingat kejadian yang baru saja terjadi.

#### **4.1.11. SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)**

Dari hasil pengkajian tingkat kerusakan intelektual menggunakan SPMSQ didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 6 yang berarti Tn. A termasuk dalam kategori fungsi intelektual kerusakan sedang. Penelitian dari Retnani et al., (2014) juga menyebutkan bahwa dari total 31 lansia sebagian besar lansia dari mengalami kerusakan intelektual ringan (54,8%). Penelitian lain juga menyatakan bahwa dari 69 orang dari 103 responden (67%) memiliki fungsi intelektual utuh dan terdapat 6 responden (3%) yang mengalami kerusakan intelektual sedang (Rhosma Dewi et al., 2013). Berdasarkan hal tersebut penulis berasumsi bahwa perubahan struktur sel dan jumlah sel di dalam otak pada lansia menyebabkan lansia mengalami penurunan fungsi intelektual dan kognitif. Lansia mengalami penurunan fungsi dalam



kemampuan untuk mengingat dan kecepatan untuk memproses informasi.

#### 4.1.12. GDS (*Geriatric Depression Scale*)

Dari hasil pengkajian depresi pada lansia menggunakan GDS didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 3 yang berarti Tn. A termasuk dalam kategori tidak depresi. Menurut hasil penelitian dari sebagian besar lansia yang berada di panti Wreda mengalami depresi pada tingkat sedang yaitu 10 responden (62,5%) dan masing masing 3 orang mengalami depresi pada tingkat berat serta depresi pada tingkat ringan. Sedangkan lansia yang tinggal di rumah 14 responden (51,9%) depresi tingkat rendah, 8 responden (29,6%) tidak mengalami depresi, dan 4 responden (14,8%) yang mengalami depresi pada tingkat sedang, serta hanya 1 orang (3,7%) yang mengalami depresi pada tingkat berat (Pae, 2017). Dari hal tersebut penulis berasumsi dimana lansia yang ada di panti sering mengalami depresi akibat faktor *support system*. Faktor *support system* meliputi dukungan keluarga, lingkungan dan juga adanya komunitas untuk lansia. Lansia yang tinggal di rumah memiliki mekanisme coping yang baik saat mereka menghadapi suatu masalah mereka dapat bercerita kepada keluarga, mereka juga memiliki perkumpulan seperti pengajian, arisan, senam dan kegiatan lain di luar rumah. Sedangkan lansia yang berada di panti Wreda jarang sekali dapat berkumpul dengan keluarga mereka atau bahkan mereka tidak memiliki keluarga lagi. Kegiatan yang dilakukan lansia di panti Wreda juga tidak banyak dan mereka sangat jarang keluar panti karena keterbatasan kemampuan berjalan.

#### **4.1.13. APGAR Keluarga**

Dari hasil pengkajian fungsi keluarga pada lansia menggunakan APGAR Keluarga didapatkan hasil bahwa total skor Tn. A adalah 4 yang berarti Tn. A termasuk dalam kategori disfungsi sedang. Berdasarkan hasil penelitian dari Oktowaty et al., (2018) didapatkan data bahwa lansia dengan kualitas hidup kurang, nilai APGAR Keluarga yang terbanyak adalah disfungsional sedang, yaitu sebanyak 38 atau 62,3%. Sedangkan pada kelompok lansia dengan kualitas hidup baik sebagian besar memiliki APGAR Keluarga sangat fungsional, yaitu 37 atau sebesar 55,3%. Penulis berasumsi bahwa keluarga mempunyai peranan yang penting dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi dan atau memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga itu sendiri. Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh seorang lansia, karena seseorang lansia terutama yang sedang sakit tentunya membutuhkan perhatian dari keluarga. Keluarga dapat berperan sebagai motivator terhadap anggota keluarganya yang sakit.

#### **4.2. Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn. A didapatkan beberapa diagnosis keperawatan yang muncul pada Tn. A yang sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) adalah sebagai berikut :

##### **1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologi**

Menurut SDKI (PPNI, 2016) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Pada tanda dan gejala mayor, data

subjektif pasien mengeluh nyeri, data objektif menunjukkan pasien tampak menyeringai, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur. Sedangkan pada tanda dan gejala minor, tidak ada keluhan pada data subjektif, data objektif yang muncul adalah tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menrik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Pada data pengkajian ditemukan tanda gejala mayor pada data subjektif Tn. A mengatakan sakit di area kepala, nyeri dirasa cunut-cunut, nyeri dirasa hilang timbul, nyeri dirasakan parah jika siang hari, skala nyeri 4 (1-10). Sedangkan tanda dan gejala minor pada data objektif ditemukan tekanan darah : 150/95 mmHg, nadi : 89x/menit, suhu : 36,5°C, RR : 20x/menit. Sehingga penulismengambil diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

## 2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot

Menurut SDKI (PPNI, 2016) gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ektremitas secara mandiri. Pada tanda dan gejala mayor, data subjektif pasien mengeluh sulit menggerakkan ektremitas dan pada data data objektif kekuatan otot menurun, ROM menurun. Sedangkan pada tanda dan gejala minor, data subjektif pasien mengeluh nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak dan data objektif sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Pada pengkajian ditemukan data mayor subjektif pasien mengatakan kakinya sulit digerakkan seperti kaku semua dan punggung nya kaku jika dibuat duduk lama. Serta pada data objektif terdapat tanda dan gejala mayor dan minor yang muncul yaitu Pasien bedrest total di tempat tidur, kelemahan otot, ADL dibantu perawat, kekuatan otot ekstremitas kanan atas kiri 4, ekstremitas bawah kanan kiri 2. Sehingga penulismengambil diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

### 3. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan

Menurut SDKI (PPNI, 2016) defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Pada tanda dan gejala mayor, terdapat data subjektif yaitu pasien menolak melakukan perawatan diri sedangkan untuk data objektif ditemukan pasien tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

Pada pengkajian pasien mengatakan saat mandi hanya di seka saja oleh perawat. Data objektif yang mendukung adalah pampers ganti sehari 2 kali pagi dan sore, klien terkadang merasa gatal pada kaki dan punggung, kulit kering bersisik, klien tidak pernah menyikat gigi, kebersihan mulut kurang baik, bau mulut, mukosa bibir kering. Sehingga penulismengambil diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

### 4.3. Intervensi Keperawatan

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

#### 1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Penyusunan perencanaan bertujuan agar tingkat nyeri Tn. A menurun setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil sesuai SLKI (PPNI, 2018) yaitu keluhan nyeri menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn. A berdasarkan SIKI (PPNI,2018) terdiri dari intervensi utama yaitu edukasi manajemen nyeri dengan yang meliputi identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jelaskan penyebab periode, dan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan berikan kesempatan untuk bertanya. Sedangkan untuk intervensi pendukung penulis menggunakan manajemen kenyamanan lingkungan yang meliputi identifikasi sumber ketidaknyamanan, sediakan ruangan yang tenang dan mendukung, fasilitasi kenyamanan lingkungan, dan atur posisi yang nyaman. Penulis menggunakan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien untuk mengurangi rasa nyeri. Penelitian dari (Anggraini, 2020) menunjukkan bahwa sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, mayoritas responden memiliki tekanan darah sistolik

pada stage 2 (56.7%) dan nilai rata-rata 161 mmHg. Tekanan darah sistolik minimum 130 mmHg dan maksimum 210 mmHg. Untuk tekanan darah diastolik, mayoritas pada hipertensi stage 1 (36.7%) dan nilai rata-rata 92 mmHg. Tekanan darah sistolik minimum 76 mmHg dan maksimum 120 mmHg. Sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, mayoritas responden memiliki tekanan darah sistolik normal (56.7%) dan nilai rata-rata 120 mmHg. Tekanan darah sistolik minimum 100 mmHg dan maksimum 160 mmHg. Untuk tekanan darah diastolik, mayoritas tekanan darah responden normal (76.7%) dan nilai rata-rata 74.33 mmHg. Tekanan darah sistolik minimum 64 mmHg dan maksimum 90 mmHg.

Menurut asumsi penulis bahwa teknik relaksasi nafas dalam efektif dilakukan pada pasien dengan hipertensi terutama yang memiliki keluhan nyeri kepala. Teknik relaksasi nafas dalam memungkinkan pasien mengendalikan respons tubuhnya terhadap ketegangan dan kecemasan. Teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dapat menurunkan konsumsi oksigen, metabolisme, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, tegangan otot dan tekanan darah.

## 2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Pernurunan Kekuatan Otot

Penyusunan perencanaan bertujuan agar mobilitas fisik Tn. A meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil sesuai SLKI (PPNI, 2018) yaitu kekuatan otot meningkat, ROM meningkat, kaku sendi menurun, kelemahan fisik menurun.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn. A berdasarkan SIKI (PPNI, 2018) terdiri dari intervensi utama yaitu latihan rentang gerak yang meliputi identifikasi keterbatasan pergerakan sendi, monitor lokasi

ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak, fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif, dan berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi. Sedangkan untuk intervensi pendukung penulis menggunakan manajemen lingkungan yang meliputi atur suhu lingkungan sesuai, sediakan tempat tidur dan lingkungan yang yaman dan bersih, ganti pakaian seara berkala dan hindari paparan langsung dengan cahaya matahari dan cahaya yang tidak perlu. Penulis menggunakan latihan rentang gerak sendi atau *range of motion* (ROM) untuk mengatasi gangguan mobilitas pada Tn. A. hal ini sejelan dengan penelitian dari Palandeng (2013) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan signifikan terhadap kemampuan aktivitas fungsional meningkat pada kedua kelompok baik intervensi ataupun kontrol, dengan nilai p value 0,001. Penelitian ini terbukti dapat meningkatkan kemampuan aktivitas pasien yang mengalami stroke dengan pemberian program latihan ROM.

Menurut asumsi penulis bahwa latihan ROM selain berguna untuk menghilangkan kekakuan (spastisitas), berguna juga untuk mengembaikan fungsi persendian secara optimal, dan pada akhirnya pasien yang mengalami masalah dengan persendian dan otot diharapkan mampu beraktivitas secara mandiri. Latihan ROM juga berguna untuk memperbaiki fungsi pernafasan, sirkulasi peredaran darah mencegah komplikasi dan memaksimalkan perawatan diri.

### 3. Defiit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan

Penyusunan perencanaan bertujuan agar kemampuan perawatan diri Tn. A meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil sesuai SLKI (PPNI, 2018) yaitu kemampuan makan meningkat,

verbalisasi melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn. A berdasarkan SIKI (PPNI, 2018) terdiri dari intervensi utama yaitu dukungan perawatan diri yang meliputi identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, sediakan lingkungan yang terapeutik, siapkan keperluan pribadi, fasilitasi kemandirian dan bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. Sedangkan untuk intervensi pendukung penulismenggunakan pemberian makan yang meliputi lakukan kebersihan tangan dan mulut sebelum makan, sediakan lingkungan menyenangkan selama waktu makan, dan berikan posisi duduk atau semifowler saat makan. Berdasarkan penelitian dari Darmawati & Dulgani (2019) menunjukkan bahwa lansia lebih dari setengahnya (53,5%) memiliki perawatan diri yang baik, dimana jika dilihat berdasarkan indikator lebih dari setengahnya lansia (83,7%) memiliki intensitas mandi yang baik, sebagian besar (100%) lansia melakukan cuci tangan dengan baik, sebagian besar (96,5%) lansia melakukan gunting kuku selama 1 minggu sekali, sebagian besar (97,7%) lansia yang melakukan sikat gigi setiap hari, sebagian besar (98,8%) lansia melakukan keramas selama 3 hari, lebih dari setengahnya (62,8%) lansia yang meminum obat hipertensi, sebagian besar (87,2%) lansia melakukan pemeriksaan tekanan darah selama 1 bulan sekali secara rutin, sebagian besar (95,3%) lansia melakukan olah raga ringan secara rutin dan hampir setengahnya (57.0%) lansia masih konsumsi garam setiap hari.

Penulis berasumsi bahwa semakin lanjut usia seseorang, maka akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik, yang dapat



mengakibatkan penurunan peranan-peranan sosialnya. Hal ini mengakibatkan timbulnya gangguan di dalam melakukan aktivitas sehari-hari terutama dalam memenuhi kebutuhan hidupnya yaitu perawatan diri. Sehingga lansia memerlukan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Perawatan diri juga bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan seseorang, memelihara kebersihan diri, memperbaiki personal hygiene yang kurang, pencegahan penyakit, meningkatkan percaya diri, dan menciptakan keindahan. Perawatan diri yang baik akan berpengaruh terhadap peningkatan citra tubuh individu.

#### **4.4. Implementasi**

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

##### **1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis**

Implementasi yang diberikan pada Tn. A yaitu meliputi melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, memberikan obat amlodipin 5 mg per oral, memonitor nyeri yang dirasakan pasien, mengedukasi pasien mengenai teknik tarik nafas dalam dan menutup tirai atau jendela pada siang hari karena pasien mengeluh nyeri semakin bertambah pada saat siang hari.

Tujuan dilakukan tindakan pemeriksaan tanda-tanda vital untuk mengetahui tekanan darah pasien karena Tn.A memiliki riwayat hipertensi, serta memonitor nyeri yang dirasakan untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien apakah meningkat atau menurun, serta mengedukasi tarik nafas dalam agar membantu pasien untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, memberikan

terapi obat amlodipin 5 mg per oral untuk membantu mengontrol tekanan darah dan mencegah cahaya langsung masuk dengan menutup jendela atau tirai pada saat siang hari.

## 2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Pernurunan Kekuatan Otot

Implementasi yang diberikan pada Tn. A meliputi melakukan latihan rentang gerak (ROM) serta meningkatkan keamanan dan kenyamanan lingkungan dengan memasang bed side rail, memberikan selimut saat malam hari, menutup tirai atau jendela saat malam hari dan mematikan lampu saat tidur malam.

Implementasi pada Tn. A berfokus pada latihan rentang gerak atau ROM karena diharapkan setelah dilakukan latihan rentang gerak kekuatan otot meningkat sehingga Tn. A mampu mobilisasi secara bertahap. Namun perawat juga memperhatikan keamanan dan kenyamanan lingkungan dengan memasang bed side rail, memberikan selimut saat malam hari, menutup tirai atau jendela saat malam hari dan mematikan lampu saat tidur malam hal ini dilakukan untuk mengurangi cedera atau resiko jatuh pada lansia serta kenyamanan lansia saat beristirahat malam.

## 3. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan

Implementasi yang dilakukan pada Tn. A meliputi membantu menyuapi makan pasien, membantu pasien untuk *personal hygiene*, serta menganjurkan pasien untuk makan dengan duduk.

Tujuan dari membantu menyuapi makan pasien adalah agar lansia terpenuhi kebutuhan energi dan nutrisinya karena pada Tn. A tidak mampu melakukan makan secara mandiri namun pasien juga dianjurkan untuk makan dengan duduk agar tidak tersedak. Tujuan dilakukannya membantu pasien

*personal hygiene* yaitu untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri seperti mandi, berpakaian dan berhias agar meningkatkan kebersihan diri pada lansia. Serangkaian implementasi yang dilakukan perawat diharapkan agar para lansia mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri secara bertahap.

#### 4.5. Evaluasi

##### 1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Evaluasi pada hari ke 2 pada tanggal 04-11-2021 bahwa pasien mengatakan sudah tidak pusing lagi hal ini juga ditunjukkan dari pemeriksaan tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg, N 90x/menit, Suhu 36,5<sup>0</sup>C, RR 20x/menit, SpO2 100%. Pasien juga mampu mengulangi teknik tarik nafas dalam yang sudah diajarkan untuk mengurangi nyeri. Sehingga analisis masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

##### 2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot

Evaluasi pada hari ke 3 pada tanggal 05-11-2021 bahwa pasien mengatakan kaku yang dirasakan sudah berkurang setelah rutin dilakukan latihan gerak. Data objektif yang ditunjukkan adalah sebagai berikut pasien mampu melakukan ROM pasif dan dibantu perawat, pasien mampu bangun dari tidur ke duduk secara mandiri, ADL dibantu oleh perawat, *personal hygiene* dibantu perawat, kekuatan otot ekstremitas atas kanan kiri 4, ekstremitas bawah kanan kiri 3. Sehingga analisis masalah teratasi sebagian dan intervensi dihentikan.

##### 3. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan

Evaluasi pada hari ke 3 pada tanggal 05-11-2021 bahwa pasien mengatakan badannya lebih segar setelah dibersihkan. Data objektif menunjukkan pasien tampak kooperatif dengan perawat, pasien mampu makan secara mandiri dengan

duduk, makan habis  $\frac{1}{2}$  porsi , pasien mampu memakai baju secara mandiri, pasien belum bisa menyikat gigi secara mandiri, hanya mampu kumur dengan listerin, kulit lembab, mukosa bibir lembab, pasien tampak rapi dan bersih, bau mulut berkurang, mulut bersih, ADL dan personal hygiene dibantu oleh perawat. Analisis masalah teratasi sebagian dan intervensi dihentikan.

## BAB 5

### PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A masalah keperawatan utama nyeri akut dengan diagnosis medis hipertensi di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik.

#### 5.1. Kesimpulan

1. Saat pengkajian tidak semua data muncul pada pasien dengan hipertensi. Pada Tn. A pengkajian didapatkan tekanan darah meningkat 150/95 mmHg dan pasien mengatakan sakit di area kepala, nyeri dirasa cunat-cunat, nyeri dirasa hilang timbul, nyeri dirasakan semakin parah jika siang hari, skala nyeri 4 (1-10).
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada kasus ini yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
3. Intervensi keperawatan direncanakan pada setiap diagnosa keperawatan. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis direncanakan untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot direncanakan untuk melakukan latihan rentang gerak atau ROM, sedangkan pada defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan direncanakan untuk perawat membantu memenuhi kebutuhan *personal hygiene* pasien.
4. Dalam implementasi penulismelakukan rencana rencana tindakan yang sudah disusun selama 3 hari perawatan, dengan dibantu oleh perawat panti Wreda.

5. Evaluasi pada tanggal 05-11-2021 didapatkan bahwa untuk tingkat nyeri yang dirasakan Tn. A sudah teratasi dan tidak perlu dilakukan intervensi lagi. Namun masih tetap dipantau mengenai tekanan darah dan pemberian obat anti hipertensi. Mobilitas fisik pada Tn. A teratasi sebagian dan perlu adanya intervensi atau latihan secara rutin mengenai rentang gerak atau ROM. Sedangkan untuk kemampuan perawatan diri teratasi sebagian dan tetap perlu adanya perawat dalam membantu pasien untuk memenuhi perawatan dirinya.

## **5.2. Saran**

1. Bagi lansia

Diharapkan lansia mampu melakukan aktivitas dan memenuhi kebutuhannya secara mandiri dan bertahap khususnya pada pasien dengan bedrest atau meminta bantuan kepada perawat jika tidak dapat melakukannya secara mandiri. Serta menerapkan relaksasi nafas dalam ketika nyeri kepala dirasa muncul.

2. Bagi perawat

Diharapkan perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mampu membantu lansia yang mengalami masalah mengenai kemampuan aktivitas nya sehari-hari serta mengajarkan pada lansia untuk lebih mandiri dalam melakukan aktvitasnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, H., Royke Calvin Langingi, A., Rahmawati Hamzah, S., Masyarakat, K., Ilmu Kesehatan, F., Kesehatan dan Teknologi Graha Medika, I., & DIII Kebidanan, P. (2021). Analisis Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia. *Journal Health and Science ; Gorontalo Journal Health & Science Community*, 5(1), 194–201.
- Alligood, M. R. (2014). Nursing Theorists and Their Work. In *Contemporary Nurse* (Edition 8, Vol. 24, Issue 1). Elsevier. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.106a>
- Anggraini, Y. (2020). Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Jakarta. 5(1), 41–47.
- Aryani, L. D., & Riyandry, M. A. (2019). Jurnal Penelitian Perawat Profesional. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(1), 61–70. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/download/83/65>
- Balqis, B., Sumardiyono, S., & Selfi, H. (2022). HUBUNGAN ANTARA PREVALENSI HIPERTENSI, PREVALENSI DM DENGAN PREVALENSI STROKE di INDONESIA (ANALISIS DATA RISKESDAS DAN PROFIL KESEHATAN 2018). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10, 379–384.
- Darmawati, I., & Dulgani, D. (2019). Perawatan Diri Lansia Hipertensi Di Kelurahan Cirejag Karawang. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.33755/jkk.v5i1.157>
- Dewi, S. R. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik* (1st ed.). Deepublish Publisher.
- Elvira, M., & Anggraini, N. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 8(1), 78. <https://doi.org/10.36565/jab.v8i1.105>
- Falah, 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.
- Fathinah, R. Z., & Dermawan, D. (2021). Penatalaksanaan Pemberian Rebusan Daun Alpukat Dan Kompres Hangat Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Kelurahan Sukoharjo. *IJMS-Indonesian Journal on Medical Science*, 8(2). <http://ejournal.ijmsbm.org/index.php/ijms/article/download/330/268>
- Ferdisa, R. J., & Ernawati, E. (2021). Penurunan Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Menggunakan Terapi Relaksasi Otot Progresif. *Ners Muda*, 2(2), 47. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.6281>
- Fikriana, R. (2018). *Sistem Kardiovaskular* (1st ed.). Deepublish Publisher. [https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=Rm9nDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR6&dq=anatomi+fisiologi+sistem+kardiovaskuler&ots=woXvMFArQy&sig=5uTZRz63C\\_4Uz96unyl9pDpOXAk&redir\\_esc=y#v=onepage&q=anatomi+fisiologi+sistem+kardiovaskuler&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=Rm9nDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR6&dq=anatomi+fisiologi+sistem+kardiovaskuler&ots=woXvMFArQy&sig=5uTZRz63C_4Uz96unyl9pDpOXAk&redir_esc=y#v=onepage&q=anatomi+fisiologi+sistem+kardiovaskuler&f=false)
- Firsia Sastra Putri, D. M. (2020). Hubungan Tingkat Pengetahuan Lansia Tentang Hipertensi Dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Di Panti Sosial Tresna Werdha Jara Mara Pati Buleleng. *Jurnal Medika Usada*, 3(2), 41–47. <https://doi.org/10.54107/medikausada.v3i2.73>
- Haryani, S., & Misniarti, M. (2020). Efektifitas Akupresure dalam Menurunkan Skala Nyeri Pasien Hipertensi Diwilayah Kerja Puskesmas Perumnas. *Jurnal Keperawatan Raflesia*, 2(1), 21–30. <https://doi.org/10.33088/jkr.v2i1.491>
- Hastari, W. M., Apriliyani, I., & Suryani, R. L. (2021). *Gambaran Tingkat*

- Ketergantungan pada Pasien Lansia di Rojinhome Yoichi Kokuba Okinawa Jepang.* 367–373.
- Ismaya, D. R. D., Kusumawati, R., & Murti, B. (2017). Hubungan Hipertensi dengan Gangguan Fungsi Kognitif pada Lansia di Posyandu Lansia Binaan Puskesmas Ngoresan, Surakarta. *Nexus Kedokteran Komunitas*, 6(2), 33–44.
- Kemkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Mahmudah, S., Maryusman, T., Arini, F. A., & Malkan, I. (2015). Hubungan Gaya Hidup Dan Pola Makan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Kelurahan Sawangan Baru Kota Depok Tahun 2015. *Biomedika*, 7(2), 43–51. <https://doi.org/10.23917/biomedika.v7i2.1899>
- Maksuk, Y. (2021). Edukasi Dan Senam Lansia Sebagai Upaya Pencegahan Dan Pengendalian Lansia Dengan Hipertensi. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(3), 733–740.
- Masohi, K. (2021). *Jurnal Keperawatan Indonesia Timur ( East Indonesian Nursing Journal )*. 22–31.
- Musa, S. (2016). Kota, Ramah Lansia, Pendidikan sepanjang hayat, Bandung. *Jurnal Pendidikan*, 7(1), 61–70.
- Norfai, A. \*. (2014). HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI LANSIA DI POSYANDU LANSIA KAKAKTUA WILAYAH KERJA PUSKESMAS PELAMBUAN Nutritional Status of Relationship with Events in Elderly Hypertension Posyandu Elderly Kakaktua Work Area Health Pelambuan. *An Nadaa*, 1(1), 32–36.
- Nurachmah, E., & Angriani, R. (2017). *Dasar-Dasar Anatomi Dan Fisiologi* (1st ed.). Salemba Medika.
- Nuraini, B. (2015). Risk Factors of Hypertension. *J Majority*, 4(5), 10–19.
- Oktavianus, & Sari, F. S. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Kardiovaskular Dewasa* (1st ed.). Graha Ilmu.
- Oktowaty, S., Setiawati, E. P., & Arisanti, N. (2018). Hubungan Fungsi Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Kronis Degeneratif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. *Jurnal Sistem Kesehatan*, 4(1), 1–6. <https://doi.org/10.24198/jsk.v4i1.19180>
- Pae, K. (2017). Perbedaan Tingkat Depresi pada Lansia yang tinggal di Panti Werdha dan yang tinggal di Rumah bersama Keluarga. *Jurnal Ners Lentera*, 5(1), 21–32.
- Palandeng, H. (2013). Pengaruh latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap kekuatan Otot Pada Pasien Stroke. *EjournalKEperawatan (e-Kp)*, 1(2), 1–7.
- Parinduri, J. S. (2020). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidangkal. *Indonesian Trust Health Journal*, 3(2), 374–380. <https://doi.org/10.37104/ithj.v3i2.63>
- PPNI. (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi I* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (D. PPNI (ed.); 1st ed.).
- Pratama, I. B. A., Fathnin, F. H., & Budiono, I. (2020). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu. *Prosiding*



- Seminar Nasional Pascasarjana UNNES*, 3(1), 408–413.
- Pratiwi, R. I., & Perwitasari, M. (2017). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Hipertensi Dalam Penggunaan Obat di RSUD Kardinah. *2nd Seminar Nasional IPTEK Terapan (SENIT)*, 15–17.
- Puspita, E., Oktaviarini, E., Dyah, Y., Santik, P., Ilmu, A., Masyarakat, K., Negeri, U., Epidemiologi, M., Pasca, S., Universitas, S., Semarang, D., Ilmu, J., Masyarakat, K., Negeri, U., & Pengobatan, K. (2017). Peran Keluarga Dan Petugas Kesehatan Dalam Kepatuhan Pengobatan Penderita Hipertensi Di Puskesmas Gunungpati Kota Semarang. *J. Kesehat. Masy. Indones.*, 12(2), 25–32.
- Retnani, D. E., Probawati, R., & Ratnawati, M. (2014). Gambaran Fungsi Intelektual Lanjut Usia Di Posyandu Flamboyan Desa Bandung kecamatan Diwek Kabupaten Jombang. *Journal STIKES Pemkab Jombang*, 2(1), 1–118.
- Rhosma Dewi, S., Fakultas Ilmu Keperawatan, P., Ilmu Kesehatan, F., & Muhammadiyah Jember, U. (2013). FUNGSI INTELEKTUAL DAN PEMENUHAN ADL (Activity of Daily Living) PADA LANSIA DI PSLU KASIYAN JEMBER. *The Indonesian Journal of Health Science*, 4(1), 68–77. <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=5b9c4ac1-da57-6555-57af-5e289ef64d42&documentId=f5cf4372-cc43-3863-a03c-307d2a068e68>
- 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 Ilmiah Kesehatan*, 10(1), 36–44. <http://journal.stikesyarsimataram.ac.id/index.php/jik/article/view/68>
- S. Aisyah, S. Z. M. (2019). *Activity Daily Living ( Adl ) Pada Lansia Yang Mengalami Perubahan Sensori Penglihatan Di Bslu Mandalika Kota Mataram*. 45–47.
- Samiasih, A., Sulistyaningsih, S., & Nugroho, H. (2010). Pengetahuan Kader Tentang Proses Menua dengan Keaktifan Kader pada Pelaksanaan Posbindu di Kelurahan Sendangmulyo Kecamatan Tembalang Semarang. *Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 6(1), 91–103.
- Sari, R. V., Kuswardhani, R. T., Aryana, I. G. P. S., Purnami, R., Putrawan, I. B., & Astika, I. N. (2019). Hubungan hipertensi terhadap gangguan kognitif pada lanjut usia di panti werdha wana seraya Denpasar. *Jurnal Penyakit Dalam Udayana*, 3(1), 14–17. <https://doi.org/10.36216/jpd.v3i1.45>
- Sartika, N., Zulfetri, R., & Novayelinda, R. (2013). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS GIZI LANSIA. *Jurnal Ners Indonesia*, 2(1), 40–41.
- Setiadi, A. P., & Halim, S. V. (2018). *Penyakit Kardiovaskular*. Graha Ilmu.
- Sudawan, & Livana. (2017). Gambaran Tingkat Stres Lansia Dengan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 7(1), 32–36.
- Sukmawan, M. K. A. A. (2019). Fasilitas Pendukung Lansia Berdasarkan Aktivitas dan Paerilaku Penghuninya di Panti Sosial Tresna Werda. *N: Seminar Nasional Arsitektur, Budaya Dan Lingkungan Binaan (SEMARAYANA)*, 157–166. <https://eproceeding.undwi.ac.id/index.php/semarayana/article/view/23>
- Sumadi, A. R., Sarifah, S., & Widyastuti, Y. (2020). Pemanfaatan Teknik Relaksasi Massase Punggung Dalam Penurunan Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi Utilization Of Back Massase Relaxation Technique In Reduction Of Pain In Nursing Patients For Hypertension Patients. *Indonesian Journal On Medical Science*, 7(1), 32–38.
- Suprayitno, E., & Huzaimah, N. (2020). Pendampingan Lansia Dalam Pencegahan Komplikasi Hipertensi. *SELAPARANG Jurnal Pengabdian Masyarakat*

- Berkemajuan*, 4(1), 518. <https://doi.org/10.31764/jpmb.v4i1.3001>
- Sya'diah, H. (2018). *Keperawatan Lanjut Usia* (1st ed.). Indomedia Pustaka.
- Syukkur, A., Yun, E., Vinsur, Y., & Nurwiyono, A. (2022). *Pemberdayaan kader lansia dalam upaya penatalaksanaan hipertensi*. 6, 624–629.
- Triyanto, E. (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu.
- Triyanto, E. (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu.
- Unang Wirastri, Nani Nurhaeni, E. S. (2015). *Aplikasi Teori Comfort Kolcaba dalam Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Demam*. 27–32.
- Widyastuti, D., & Ayu. (2019). *Tingkat Ketergantungan Lansia Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin Di Panti Sosial Trseno Werda Nirwana Puri Samarinda*. *Borneo Nursing Journal (BNJ)*, 1(1), 1–15.
- Yonata, A., & Pratama, A. S. P. (2016). *Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke*. *Jurnal Majority*, 5(3), 17–21. <http://joke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1030>
- Yulanda, G., & Lisiswanti, R. (2017). *Penatalaksanaan Hipertensi Primer*. *Jurnal Majority*, 6(1), 25–33.
- Yuzefo, M. A., Sabrina, F., & Novayelinda, R. (2016). *HUBUNGAN STATUS SPIRITUAL DENGAN KUALITAS HIDUP PADA LANSIA*. *JOM*, 2(2), 1266–1274.
- Zulaikah, Kristiyawati, S. P., & Purnomo, S. E. C. (2015). *Pengaruh Alih Baring 2 Jam Terhadap Resiko Dekubitus Dengan Varian Berat Badan Pada Pasien Bedrest Total Di SMC RS telogorejo*. *Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 29–36. <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/jikk/article/view/749>

**LAMPIRAN 1****CURRICULUM VITAE**

Nama : Salwa Mawaddati Muna  
 NIM : 21.30075  
 Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
 Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 12 Desember 1998  
 Agama : Islam  
 Email : [salwamawaddatimuna@gmail.com](mailto:salwamawaddatimuna@gmail.com)

## Riwayat Pendidikan:

<b>Tahun Lulus</b>	<b>Program Pendidikan</b>	<b>Institusi</b>
2011	Sekolah Dasar	SDN Banyu Urip III/364 Surabaya
2014	Sekolah Menengah Pertama	SMPN 10 Surabaya
2017	Sekolah Menengah Kejuruan	SMK Kesehatan Nusantara Surabaya
2021	Sarjana Keperawatan	STIKES Hang Tuah Surabaya

## LAMPIRAN 2

### MOTTO & PERSEMBAHAN

#### MOTTO

**“ Tak Hanya Sebuah Gelar, Namun Bagaimana Ilmu Mu Bermanfaat Untuk Orang-Orang Sekitar ”**

#### PERSEMBAHAN

Karya Imiah Akhir ini ku persembahkan untuk:

1. Kedua Orang tua ku, Ayahku Achrowi dan Ibuku tersayang Nurlillah yang tanpa henti mendoakan ku dan memberikan kasih sayang yang besar dan begitu tulus yang tidak mungkin bisa di balas dengan apapun.
2. Kakak ku tersayang Arifatul Masnunah Nur yang bersedia dengan ikhlas membiayai kuliah ku hingga sekarang. Serta seluruh saudara dan keluarga yang sudah mendoakan yang terbaik untukku .
3. Kepada Selamat Hari Widodo terima kasih sudah menemani dari awal berjuang saat S1 hingga sekarang serta selalu memberi dukungan dan semangat yang tiada henti.
4. Sahabat seperjuanganku (Bening, Aysha, Devi, Novi, Fitria, Poppy, Alifia, Riris, Riski, Ivan, Bagas, Bang Ali, Arif) yang selalu membuat kuliah ku terasa menyenangkan dengan kelakuan-kelakuan kalian.
5. Teman-teman W7 (Erika, Sasa, Feni, Meme, Apridha, Ratih) terima kasih atas dukungan dan motivasi kalian selama ini.
6. Teman-teman Ners angkatan 12 STIKES Hang Tuah Surabaya terima kasih sudah berjuang bersama.
7. Terimakasih kepada semua orang di sekelilingku yang namanya tidak bisa disebut satu persatu, terimakasih atas doa, motivasi dan semangatnya untukku.