

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Lansia**

##### **1. Definisi Lansia**

- a. Pengertian Lansia Menurut *World Health Organisation* (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan (Aspiani, 2014).
- b. Lanisa menurut hawari adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis . kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual (Muhith , 2016)
- c. Menurut Kemenkes Ri, lanjut usia atau yang disingkat lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih (Festi, 2018)

##### **2. Batasan Usia Lanjut**

Menurut Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organazation*) yang dikatakan lanjut usia tersebut dibagi dalam tiga kategori yaitu:

- a. Usia lanjut : 60-74 Tahun
- b. Usia tua : 75-89 Tahun
- c. Usia sangat lanju t : >90 Tahun

### 3. Perubahan- perubahan fisik yang Terjadi pada Lansia

#### a. Perubahan fisik

##### 1) Sel

Jumlah lebih sedikit, ukuran lebih besar, mekanisme perbaikan terganggu, menurunnya proporsi protein diotak, otot, ginjal, darah dan hati.

##### 2) Sistem persyarafan

Lambat dalam respons dan waktu untuk bereaksi, mengecilnya syaraf panca indera, kurang sensitive terhadap sentuhan, hubungan persyarafan menurun.

##### 3) Sistem pendengaran

Presbiakusis/gangguan pendengaran, hilang kemampuan pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi dan tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, terjadi pengumpulan seruma dapat mengeras.

##### 4) Sistem penglihatan

Spingter pupil timbul sclerosis, hilang respon terhadap sinar, kornea lebih berbentuk sferis (bola), kekeruhan pada lensa, hilangnya daya akomodasi, menurunnya daya membedakan warna biru dan hijau pada skala, menurunnya lapngan pandang, menurunnya elastisitas dinding aorta, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun  $\pm 1\%$  pertahun, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meningkat.

## 5) Sistem pengaturan suhu tubuh

Temperature tubuh menurun secara fisiologis, keterbatasan reflek menggigit dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

## 6) Sistem respirasi

Menurunnya kekuatan otot pernapasan dan aktivitas dari silia-silia paru-paru kehilangan elastisitas, alveoli ukurannya melebar, menurunnya  $O_2$  pada arteri menjadi 75 mmHg, menurunnya batuk.

## 7) Sistem gastrointestinal

Terjadi penurunan selera makan rasa haus, asupan makanan dan kalori, mudah terjadi konstipasi dan gangguan pencernaan lainnya, terjadi penurunan produksi saliva, karies gigi, gerak peristaltic usus dan penambahan waktu pengosongan lambung.

## 8) Sistem genitourinaria

Ginjal mengecil aliran darah keginjal menurun, fungsi menurun, fungsi tubulus berkurang, otot kandung kemih menjadi menurun, vesika urinaria susah dikosongkan, pembesaran prostat, atrofi vulva.

## 9) Sistem endokrin

Produksi hormon menurun fungsi paratiroid dan sekresi tidak berubah, menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya produksi aldosteron, menurunnya sekresi hormone kelamin.

## 10) Sistem integumen

Kulit mengerut/ keriput, permukaan kulit kasar dan bersisik, respons terhadap trauma menurun, kulit kepala dan rambut menipis

dan berwarna kelabu, elastisitas kulit berkurang, pertumbuhan kuku lebih lambat, kuku menjadi keras dan seperti bertanduk, kelenjar keringat berkurang.

#### 11) Sistem musculoskeletal

tulang kehilangan cairan dan makin rapuh, tafosis, tubuh menjadi lebih pendek, persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengerut dan menjadi sclerosis, atrofi serabut otot

(Wahjudi Nugroho, 2000 dalam Mujahidullah 2012)

## **B. Konsep Hipertensi**

### **1. Definisi**

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor resiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal. Peningkatan darah persistem dimana tekanan darah sistoliknyanya diatas 140 mmHg dan tekanan diastolic diatas 90 mmHg (Wijaya & Putri, 2013).

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolic sedikitnya 90 mmHg, hipertensi tidak hanya resiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit syaraf, ginjal, pembuluh darah, dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya (Nurarif & Kusuma, 2015).

Hipertensi merupakan penyakit multifaktor. Secara prinsip terjadi akibat peningkatan curah jantung atau akibat peningkatan resistansi vascular karena efek vasokonstriksi yang melebihi efek vasodilatasi. Peningkatan vasokonstriksi dapat disebabkan karena efek alpha adrenergic, aktivasi berlebihan dari system RAS atau karena peningkatan sensitivitas arteriolar perifer terhadap mekanisme vasokonstriksi normal. Pengaturan tonus pembuluh darah (relaksasi dan konstriksi) dilakukan melalui keseimbangan dua kelompok vasoaktif yaitu agen vasokonstriksi dan agen vasodilatasi (Syamsudin, 2011).

## 2. Etiologi

a. Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan

### 1) Hipertensi Primer (*Esensial*)

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhi yaitu : genetik, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis system rennin. Angiotensin dan peningkatan  $Na + Ca$  intraseluler. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko : obesitas, merokok, alkohol dan polisitemia.

### 2) Hipertensi Sekunder

Penyebab yaitu : penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

- b. Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas :
- 1) Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
  - 2) Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.
- c. Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :
- 1) Elastisitas dinding aorta menurun
  - 2) Katub jantung menebal dan menjadi kaku
  - 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
  - 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
  - 5) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

Secara klinis derajat hipertensi dapat dikelompokkan yaitu :

**Tabel 2.1**  
**Derajat Hipertensi**

No	Kategori (mmHg)(mmHg)	Sistolik	Diastolik
1	Optimal	<120	<80
2	Normal	120-129	80-84
3	High Normal	130-139	85-89
4	Hipertensi		
5	Grade 1 (ringan)	140-159	90-99
6	Grade 2 (Sedang)	160-179	100-109
7	Grade 3 (berat)	180-209	100-119
8	Grade 4 (Sangat berat)	>210	>120

(Nurarif & Kusuma, 2015)

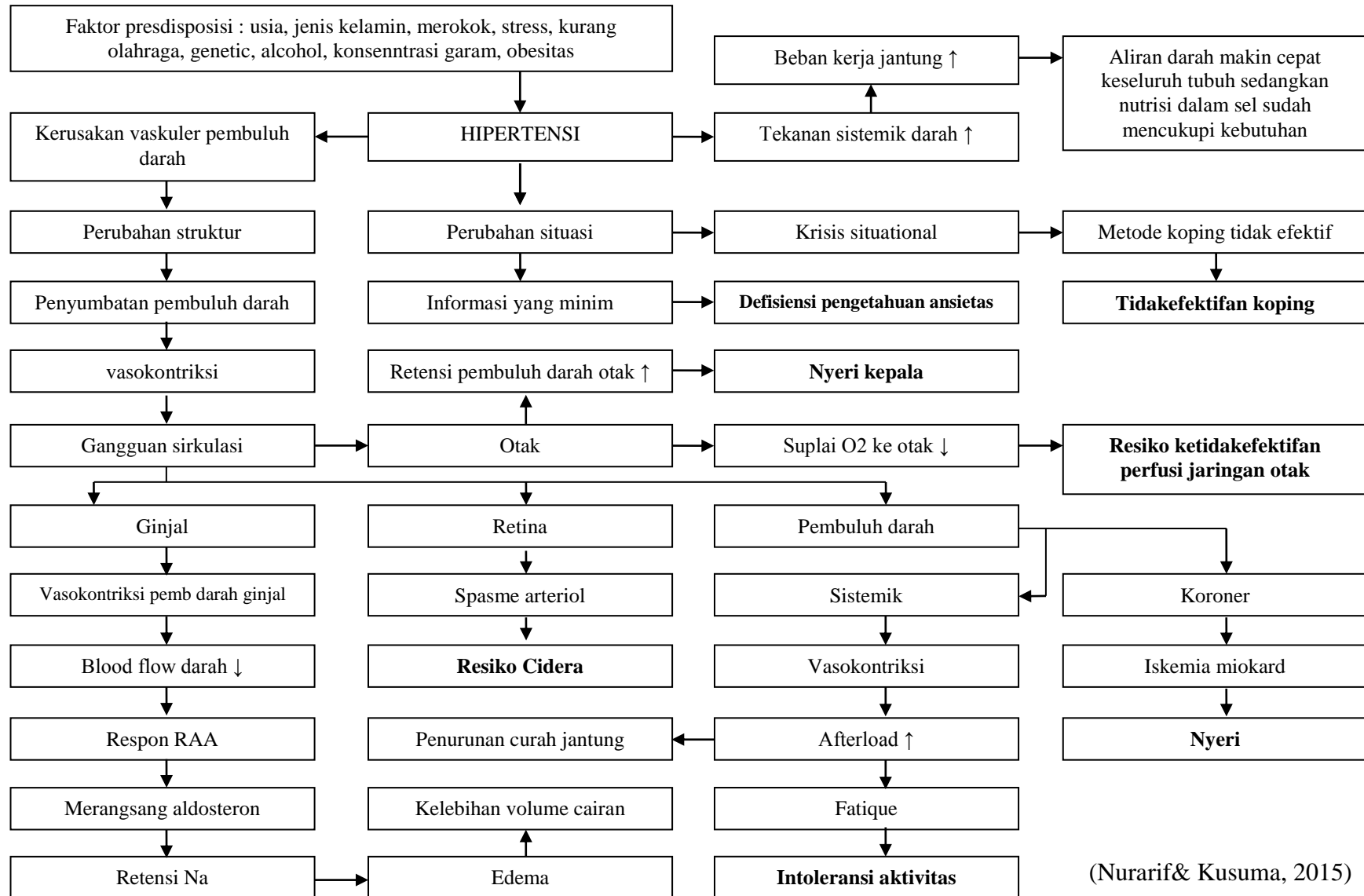
### 3. Patofisiologi

Kerja jantung terutama ditentukan oleh besarnya curah jantung dan tahanan perifer. Curah jantung pada penderita hipertensi umumnya normal. Kelainannya terutama pada peninggian tahanan perifer. Kenaikan tahanan perifer ini disebabkan karena vasokonstriksi arteriol akibat naiknya tonus otot polos pembuluh darah tersebut (Mujahidullah, 2012).

Beberapa faktor diduga memegang peranan dalam genesis hipertensi: faktor psikis, system saraf, ginjal, jantung pembuluh darah, kortikosteroid, katekolamin, angiotensin, sodium dan air. Hipertensi tidak disebabkan oleh satu faktor, tetapi sejumlah faktor turut memegang peranan dan saling berkaitan dalam genesis hipertensi, dari gangguan rasa aman nyeri maka gangguan pola tidur terhambat, sehingga kebanyakan partisipan hipertensi memiliki pola tidur tidak teratur (Syamsudin, 2011).

**Pathway**

**Bagan 2.1 Pathway Hipertensi**



(Nurarif& Kusuma, 2015)



#### **4. Manifestasi klinis**

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

- a. Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosis jika tekanan arteri tidak terukur.
- b. Gejala yang lazim, sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

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

(Nurarif & Kusuma, 2015).

## 5. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan nonfarmakologi

Penatalaksanaan hipertensi dengan nonfarmakologis terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah yaitu :

1) Mempertahankan berat badan ideal sesuai *Body Mass Index* (BMI) dengan rentang 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>. Mengatasi obesitas (kegemukan) juga dapat dilakukan dengan melakukan diet rendah kolestrol namun kaya dengan serat dan protein, dan jika berhasil menurunkan berat badan 2,5-5 kg maka tekanan darah diastolic dapat diturunkan sebanyak 5 mmHg.

2) Kurangi asupan natrium (sodium)

Mengurangi asupan natrium dapat dilakukan dengan cara diet rendah garam yaitu lebih dari 100 mmol/hari (kira-kira 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/hari).

3) Batasi konsumsi alkohol

Konsumsi alkohol harus dibatasi karena konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah. Para peminum berat mempunyai resiko mengalami hipertensi empat kali lebih besar dari pada mereka yang tidak minum minuman beralkohol.

4) Makan K dan Ca yang cukup dari diet

Pertahankan asupan diet dari potassium (>90 mmol (3500 mg)/hari) dengan cara konsumsi diet tinggi buah dan sayur dan diet rendah lemak dengan cara mengurangi asupan lemak jenuh dan lemak total.

Kalium dapat menurunkan tekanan darah dengan meningkatkan jumlah natrium yang terbuang bersama air kencing. Dengan setidaknya mengkonsumsi buah buahan sebanyak 3-5 kali dalam sehari, seseorang bisa mencapai asupan potassium yang cukup.

5) Menghindar merokok

Nikotin dalam tembakau membuat jantung bekerja lebih keras karena menyempitkan pembuluh darah dan meningkatkan frekuensi denyut jantung serta tekanan darah. Maka penderita hipertensi dianjurkan untuk menghentikan kebiasaan merokok.

6) Penurunan stress

Menghindar stress dengan menciptakan suasana yang menyenangkan bagi penderita hipertensi dan memperkenalkan berbagai metode relaksasi seperti yoga atau meditasi yang dapat mengontrol system saraf yang akhirnya dapat menurunkan tekanan darah .

7) Terapi *masase* ( pijat)

Pada prinsip pijat yang di lakukan pada penderita hipertensi adalah untuk memperlancar aliran energy dalam tubuh sehingga gangguan hipertensi dan komplikasinya dapat diminimalisir, ketika semua jalur energi terbuka dan aliran energi tidak lagi terhalang oleh ketegangan otot dan hambatan lain maka resiko hipertensi dapat ditekan.

(Wijaya & Putri,2013).

b. Pengobatan farmakologi

1) Diuretik (*hidroklorotiazid*)

Mengeluarkan cairan tubuh sehingga volume cairan ditubuh berkurang yang mengakibatkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan .

2) Penghambat simpatetik (Metildopa, Klonidin dan Reserpin)

Menghambat aktivitas saraf simpatis.

3) Betabloker (Metoprolol, Propanolol dan Atenolol)

a) Menurunkan daya pompa jantung

b) Tidak dianjurkan pada penderita yang telah diketahui mengidap gangguan pernapasan seperti asma bronchial

c) Pada penderita diabetes militus: dapat menutupi gejala hipoglikemia

4) Vasodilator (Prasosin, Hidralasin)

Bekerja langsung pada pembuluh darah dengan relaksasi otot polos pembuluh darah

5) *ACE inhibitor* (Captopril)

a) Menghambat pembentukan zat Angiotensin II

b) Efek samping: batuk kering, pusing, sakit kepala dan lemas

6) Penghambat Reseptor Angiotensin II (Valsartan)

Menghalangi penempelan zat Angiotensin II pada reseptor sehingga memperingan daya pompa jantung.

7) Antagonis kalsium (Diltiazem dan Verapamil)

Menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas).

(Wijaya & Putri,2013).

## 6. Komplikasi

Tekanan darah tinggi apabila tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ-organ sebagai berikut.

### g. Jantung

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan terjadinya gagal jantung dan penyakit jantung koroner. Pada penderita hipertensi, beban kerja jantung akan meningkat, otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitasnya, yang disebut dekompensasi.

### h. Otak

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

### i. Ginjal

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

### j. Mata

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

(Wijaya & Putri, 2013).

## 7. Pemeriksaan Penunjang

### a) Pemeriksaan laboratorium

- 1) Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagulabilitas, anemia.
- 2) BUN/kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
- 3) Glukosa : hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- 4) Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.

### b) CT Scan : mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati

c) EKG : dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi

d) IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : batu ginjal, perbaikan ginjal

e) Photo dada : menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

(Wijaya & Putri, 2013).

## C. Konsep Nyeri Akut

### 1. Definisi

- a) Nyeri adalah pengalaman sensori yang tidak menyenangkan, unsur utama yang harus ada untuk disebut nyeri adalah rasa tidak menyenangkan. Tanpa unsur itu tidak dapat dikategorikan sebagai nyeri, walaupun sebaliknya, semua yang tidak menyenangkan tidak dapat disebut sebagai nyeri (Zakiya, 2015).
- b) Nyeri Akut merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (Nurarif & Kusuma, 2015) .

### 2. Klasifikasi

Berdasarkan lama keluhan dan waktu kejadian, nyeri dibagi menjadi :

#### a. Nyeri Akut

Menurut *Federal of State Medical Boards of United States*, nyeri akut adalah respons fisiologis normal yang diramalkan terhadap rangsangan kimiawi, panas atau mekanik menyusul suatu pembedahan, trauma, dan penyakit akut.

Ciri khas nyeri akut adalah nyeri yang diakibatkan kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang seiring dengan proses penyembuhannya, terjadi dalam waktu singkat dari 1 detik sampai kurang dari 6 bulan.

b. Nyeri Kronis

*The international association for study of pain (IASP)* mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri yang menetap melampaui waktu penyembuhan normal yakni enam bulan. Nyeri kronis dibedakan menjadi dua, yaitu : nyeri nonmaligna (nyeri kronis persisten dan nyeri kronis intermitten) dan nyeri kronis maligna.

c. Berdasarkan lokasi

Berdasarkan lokasi nyeri, nyeri dapat dibedakan menjadi:

a) *Somatic pain* : Nyeri timbul karena gangguan bagian luar tubuh, nyeri ini dibagi menjadi dua:

1) Nyeri superfisial (*Cutaneous Pain*)

Biasanya timbul pada bagian permukaan tubuh akibat stimulasi kulit seperti laseasi, luka bakar dan sebagainya. Nyeri ini memiliki durasi yang pendek, terlokalisasi dan memiliki sensasi yang tajam.

2) Nyeri somatic dalam

Nyeri somatic dalam adalah nyeri yang terjadi pada otot dan tulang serta struktur penyokong lainnya.

3) Nyeri viseral

Nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ internal.

4) Nyeri pantom (*Phantom Pain*)

Nyeri pantom merupakan nyeri khusus yang dirasakan klien yang mengalami amputasi, oleh klien nyeri diprepsikan berada pada organ yang diamputasi seolah olah organ yang diamputasi



masih ada. Contohnya: nyeri pada klien yang menjalani operasi pengangkatan ekstermitas.

5) Nyeri menjalar (*Radiation of Pain*)

Nyeri menjalar merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Nyeri seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh, nyeri dapat bersifat intermitten atau konstan. Contoh : nyeri punggung bagian bawah akibat ruptur diskus intravertebral disertai nyeri yang menyebar pada tungkai dan iritasi saraf skiatik.

6) Nyeri alih (*Referred Pain*)

Nyeri alih merupakan nyeri yang timbul akibat adanya nyeri visceral yang menjalar ke organ lain sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat. Nyeri jenis ini dapat timbul karena masuknya neuron sensori dari organ yang mengalami nyeri ke dalam medulla spinalis dan mengalami sinapis dengan serabut saraf yang berada pada bagian tubuh lainnya. Nyeri alih ini biasanya timbul pada lokasi atau tempat yang berlawanan atau berjauhan dari lokasi asal nyeri.

d. Berdasarkan etiologi nyeri

1) Nyeri fisiologi atau nyeri organik

Merupakan nyeri yang diakibatkan oleh kerusakan organ tubuh. Penyebab nyeri umumnya mudah dikenali sebagai akibat

adanya cedera, penyakit atau pembedahan salah satu atau beberapa organ.

#### 2) Nyeri Psikogenik

Penyebab fisik nyeri sulit diidentifikasi karena nyeri ini disebabkan oleh berbagai faktor psikologis. Nyeri ini terjadi karena efek-efek psikogenik seperti cemas dan takut yang dirasakan klien.

#### 3) Nyeri Neurogenik

Nyeri yang timbul akibat gangguan pada neuron, misalnya pada kasus neuralgi. Nyeri neurogenik ini dapat terjadi secara akut maupun kronis (Zakiya, 2015).

### 3. Skala Nyeri

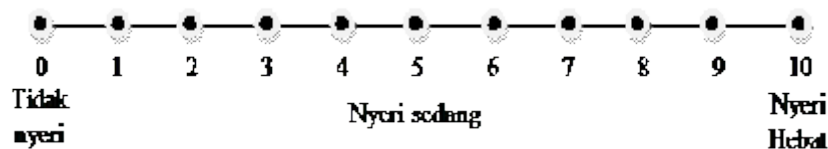
Penilaian nyeri merupakan alat pengukuran elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keterangan pasien digunakan untuk menilai derajat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai sedini mungkin selama pasien dapat berkomunikasi dan menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan (Mubarak, 2015).

Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat menggunakan beberapa skala yaitu

#### 1) Skala Nyeri Deskripti

Skala nyeri deskripti merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal / *verbal Descriptor scale* (VDS) merupakan garis yang terdiri dari tiga kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri”

sampai “nyeri tak tertahankan”, dan pasien dimintai untuk menunjukkan keadaan yang sesuai dengan keadaan nyeri saat ini (Mubarak, 2015).



(Mubarak, 2015).

Keterangan :

0 : Tidak Nyeri

1-3 : Nyeri Sedang, secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi.

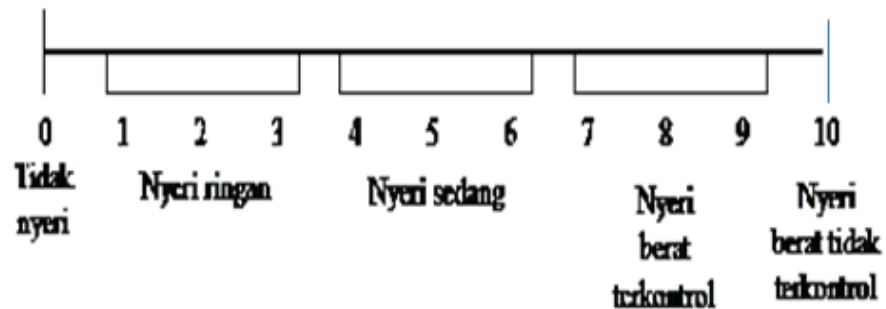
4-6 : Nyeri Sedang, secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mengekspresikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Memiliki karakteristik adanya peningkatan frekuensi pernapasan, tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil.

7-9 : Nyeri Berat, secara objektif klien teradang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan ahli posisi nafas panjang dan distraksi. Memiliki karakteristik muka klien pucat, kekuatan otot, kelelahan dan keletihan.

10 : Nyeri Sangat Berat, pasien skala ini tidak mampu lagi untuk berkomunikasi, memukul.

## 2) Numerical Rating Scale ( skala numarik angka )

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0-10. titik 0 tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan



pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan (W.I. Mubarak,2015).

## 3) Faces scale (skala wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang berat setelah itu, pasien disuruh menunjukan gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan untuk pediatri, tetapi juga dapat digunakan pada geriatri dengan gangguan kognitif (Mubarak, 2015).



(Mubarak, 2015).

## D. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status klien. (Pradila, 2013).

#### a. Identitas/Data Biografi Klien

Nama, Umur, Jenis kelamin, pendidikan, agama, suku, status, perkawinan, alamat

#### b. Riwayat Keluarga

Riwayat penyakit keturunan seperti DM, hipertensi, asma, penyakit menular.

#### c. Riwayat Kesehatan

Status kesehatan saat ini : adanya penyakit yang diderita

Riwayat kesehatan lalu : adanya penyakit kronik yang diderita

Riwayat pekerjaan : pekerjaan saat ini dan sebelumnya, sumber pendapatan, dan kecukupan pendapatan.

d. Riwayat lingkungan hidup

Tipe tempat tinggal, jumlah kamar ,jumlah orang yang tinggal, keadaan lingkungan rumah, sumber pencernaan, privasi, resiko injuri, dan penataan ruang.

e. Pola fungsional

1) Pola persepsi dan tata laksana pola hidup sehat

2) Pola nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah dan makanan kesukaan.

3) Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi

4) Pola istirahat tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi terhadap energi, jumlah tidur malam dan siang, masalah tidur.

5) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan peran dank lien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah,masalah keuangan, pengkajian APGAR gerontik.

6) Pola sensori kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif.Pola sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau.

## 7) Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri, harga diri, peran, identitas diri. Manusia system terbuka dan mahluk bio-psiko-sosio, kultural, spiritual, kecamasan, ketakutan, dan dampak terhadap penyakit.

## 8) Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan kepuasan masalah terhadap seksualitas

## 9) Pola mekanisme koping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress

## 10) Pola tata dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai keyakinan termasuk (Aspiani, 2014).

f. Pemeriksaan *head to toe*

## 1) Aktivitas/istirahat

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

Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung

## 2) Sirkulasi

Gejala : Riwayat Hipertensi, penyakit jantung koroner

Tanda : kenaikan tekanan darah, takikardi, disritmia

## 3) Integritas ego

Gejala : ansietas, depresi, marah kronik, faktor stress

Tanda : letupan suasana hati, gelisah, otot mulai tegang

## 4) Eliminasi

Riwayat penyakit ginjal

## 5) Makanan/cairan

Gejala : makanan yang disukai tinggi natrium, kolestrol, maupun penggunaan obat diuretic.

Tanda : obesitas atau berat badan normal

## 6) Neurosensori

Gajala : pusing berdenyut, sakit kepala, gangguan penglihatan

Tanda : status mental, proses berfikir, memori.

## 7) Nyeri

Gejala : amgina, nyeri hilang timbul pada tengkuk

## 8) Pernafasan

Gejala : dsypeneu, takipneu

Tanda : bunyi nafas tambahan, distresrespirasi, sianosis

## g. Pemeriksaan penunjang

## h. Obat-obatan yang di minum

## i. Pengkajian khusus

## 1) Fungsi kognitif SPMSQ

## 2) Status fungsional

## 3) MMSE

## 4) APGAR keluarga

## 5) Skala defresi

## 6) Screeningfall

## 7) Skala Norton



## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah hasil pengkajian untuk menekankan diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan ini berupa diagnosis keperawatan individu ataupun diagnosis keperawatan kelompok lansia (Nursalam, 2013).

- a. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler serebral
- b. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
- c. Resiko cidera
- d. Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard
- e. Gangguan pola tidur b.d nyeri
- f. Kelebihan volume cairan
- g. Ketidakefektifan koping
- h. Defisiensi pengetahuan
- i. Ansietas

(Nurarif, 2015).

## 3. Rencana Keperawatan

Rencana (intervensi) keperawatan adalah langkah ketiga dari proses keperawatan. Intervensi diidentifikasi untuk memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien. Intervensi mempunyai maksud mengindividualkan perawatan dengan memenuhi kebutuhan spesifik pasien serta harus menyertakan kekuatan-kekuatan pasien yang telah diidentifikasi bila memungkinkan (Sunaryo dkk, 2016).

**Table 2.2**  
**Rencana Keperawatan**

No	Dignosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	<p>Nyeri akut</p> <p><b>Definisi :</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> <li>2. Tampak meringis</li> <li>3. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>4. Gelisah</li> <li>5. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>6. Sulit tidur</li> <li>7. Tekanan darah meningkat</li> <li>8. Pola nafas berubah</li> <li>9. Nafsu makan berubah</li> <li>10. Proses berfikir terganggu</li> <li>11. Menarik diri</li> <li>12. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>13. Diaforesis</li> </ol>	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mampu mengontrol nyeri( tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</li> <li>5. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat</li> <li>6. Tidak gelisah.</li> <li>7. TTV normal</li> </ol>	<p><b>a. Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu</li> </ol>

---

ruangan,  
pencahayaan,kebisingan)  
3. Fasilitasi istirahat dan tidur  
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

**Edukasi :**

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

**Kolaborasi :**

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

**b. Terapi relaksasi****Observasi**

1. Identifikasi penurunan tinggi energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif.
2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan.
3. Periksa prekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan.
4. Monitor respon terhadap terapi relaksasi.

**Terapeutik**

1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan
-

			<p>pencahayaan dan ruangan nyaman, jika memungkinkan.</p> <p>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat dari salah satu relaksasi (mis., musik, meditasi, dan nafas dalam).</li> <li>2. Anjurkan mengambil posisi nyaman.</li> <li>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.</li> <li>4. Latih teknik relaksasi (mis., nafas dalam, peregangan atau imajinasi pembimbing).</li> <li>5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dilatih.</li> </ol>
2.	<p><b>Intoleransi Aktivitas</b></p> <p><b>Definisi :</b></p> <p>Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh lelah</li> <li>2. Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</li> <li>3. Dispnea saat/setelah aktivitas</li> <li>4. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</li> <li>5. Merasa lemah</li> <li>6. Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</li> <li>7. Gambaran EKG menunjukkan aritmia</li> </ol>	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan Frekuensi Nadi</li> <li>2. Meningkatkan Saturasi Oksigen</li> <li>3. Meningkatkan Kemudahan Dalam melakukan aktivitas sehari-hari</li> <li>4. Meningkatkan Kecepatan berjalan</li> <li>5. Meningkatkan Jarak berjalan</li> <li>6. Meningkatkan kekuatan tubuh bagian atas</li> <li>7. Meningkatkan kekuatan tubuh bagian bawah</li> <li>8. Meningkatkan toleransi dalam menaiki tangga</li> <li>9. Menurun keluhan lelah</li> <li>10. menurun Dispnea saat beraktivitas</li> </ol>	<p><b>b. Manajemen Energi Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan lelah.</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional.</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, dan kunjungan).</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif.</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.</li> <li>4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak</li> </ol>

<p>saat/setelah aktivitas</p> <p>8. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</p> <p>9. Sianosis</p>	<p>11. menurun setelah aktivitas</p> <p>12. menurun perasaan lemah</p> <p>13. menurun aritmia saat aktivitas</p> <p>14. menurun aritmia setelah aktivitas</p> <p>15. menurun sianosis</p> <p>16. membaik warna kulit</p> <p>17. membaik tekanan darah</p> <p>18. membaik frekuensi napas</p> <p>19. membaik EKG iskemia</p>	<p>Dispnea dapat berpindah atau berjalan.</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring.</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</li> <li>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.</li> <li>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</li> </ol>
<p>3. Resiko Cedera</p> <p><b>Definisi :</b></p> <p>Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <p><b>Faktor Risiko</b></p> <p><i>Eksternal :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terpapar patogen</li> <li>2. Terpapar zat kimia toksik</li> <li>3. Terpapar agen nosokomial</li> <li>4. Ketidakamanan transportasi</li> </ol> <p><i>Internal :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidaknormalan profil darah</li> </ol>	<p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. meningkat Toleransi aktivitas</li> <li>2. meningkat Nafsu makan</li> <li>3. meningkat Toleransi makanan</li> <li>4. menurun kejadian cedera</li> <li>5. menurun luka/lecet</li> <li>6. menurun ketegangan otot</li> <li>7. menurun fraktur</li> <li>8. menurun perdarahan</li> <li>9. menurun ekspresi wajah kesakitan</li> <li>10. menurun agitas</li> <li>11. menurun iritabilitas</li> <li>12. menurun gangguan mobilitas</li> <li>13. menurun gangguan kognitif</li> </ol>	<p><b>c. Manajemen Keselamatan lingkungan</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. Kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku)</li> <li>2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. fisik, biologi, dan kimia), jika memungkinkan</li> <li>2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya</li> </ol>

---

2. Perubahan orientasi afektif	14. membaik tekanan darah	dan risiko
3. Perubahan sensasi	15. membaik frekuensi nadi	3. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. <i>commode chair</i> dan pegangan tangan) -
4. Disfungsi autoimun	16. membaik frekuensi napas	4. Gunakan perangkat pelindung (mis. pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)
5. Disfungsi biokimia	17. membaik denyut jantung apical	5. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis. puskesmas, polisi, damkar)
6. Hipoksia jaringan	18. membaik denyut jantung radialis	6. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman
7. Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh	19. membaik pola istirahat/tidur	7. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis. timbal)
8. Malnutrisi		
9. Perubahan fungsi psikomotor		
10. Perubahan fungsi kognitif		
<b>Kondisi Klinis Terkait :</b>		
1. Kejang		
2. Sinkop		
3. Vertigo		
4. Gangguan penglihatan		
5. Gangguan pendengaran		
6. Penyakit Parkinson		
7. Hipotensi		
8. Kelainan nervus vestibularis		
9. Retardasi mental		

---

(PPNI ,2018)

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017).

Adapun tindakan keperawatan yang akan dilakukan sesuai rencana keperawatan, yaitu :

##### **a. Manajemen nyeri**

###### **Observasi**

- 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.
- 2) Mengidentifikasi skala nyeri.
- 3) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal.
- 4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

(Doenges, Moorhouse, 2014, PPNI 2018).

###### **Terapeutik**

- 1) Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu relaksasi nafas dalam.
- 2) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis., suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan).
- 3) Memfasilitasi istirahat dan tidur.

**Edukasi**

- 1) Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri.
- 2) Mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.

**b. Terapi relaksasi****Observasi**

- 1) Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan.
- 2) Memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan.
- 3) Memonitor respon terhadap terapi relaksasi.

**Terapeutik**

- 1) Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi.

**Edukasi**

- 1) Menjelaskan tujuan, manfaat dari salah satu relaksasi yaitu relaksasi nafas dalam.
- 2) Mengajarkan mengambil posisi nyaman.
- 3) Mengajarkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.
- 4) Melatih teknik relaksasi yaitu nafas dalam
- 5) Mengajarkan sering mengulangi atau melatih teknik yang silatih.

(PPNI 2018)&(Doenges, 2014).



## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien (Suarni & Apriyani, 2017).

Setelah dilakukan implementasi maka diharapkan penelitian ini dapat mencapai tujuan yang telah ditentukan, yaitu :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, dan mencari bantuan).
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
- 5) TTV normal.

(PPNI, 2018) &(Doenges, 2014)