

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Definisi

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi sejak permulaan hidup menjadi tua proses alamiah yaitu anak, dewasa dan tua. tahap tiga ini berbeda baik secara biologis maupun psikologis (Nugroho, 2008).

Pengertian lansia adalah periode dimana organisme telah mencapai kemasakan dalam ukuran dan fungsi dan juga telah menunjukkan kemunduran sejalan dengan waktu. Ada beberapa pendapat mengenai “usia kemunduran” yaitu ada yang menetapkan 60 tahun, 65 tahun dan 70 tahun. WHO (*World Health Organization*) menetapkan 65 tahun sebagai usia yang menunjukkan proses menua yang berlangsung secara nyata dan seseorang telah disebut lanjut usia. Secara umum perubahan fisik pada masa lanjut usia adalah menurunnya fungsi pancaindra, minat dan fungsi organ seksual dan kemampuan motorik (Petter, 2010).

2. Batasan Umur Lanjut Usia

Menurut WHO (*World Health Organization*)

- a. Usia pertengahan (*middle age*) : 45-49 tahun
- b. Lanjut usia (*elderly*) : 60-74 tahun

- c. Lanjut usia tua (*old*) : 75-90 tahun
- d. Usia sangat Tua (*very old*) : di atas 90 tahun

(Azizah, 2011).

3. Teori Proses Penuaan

a. Teori Biologi

Teori biologi mencakup teori genetik dengan proses penuaan, yaitu teori biologi, teori psikologis teori sosial, teori spiritual (Maryam,2008).

1) Teori genetik dan mutasi

Menurut teori genetik dan mutasi, semua terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan bio kimia yang di program oleh molekul molekul DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi, sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel sel kelamin(terjadi penurunan kemampuan fungsi sel) terjadi pigman atau lemak dalam tubuh yang di sebut teori akumulasi dari produk sisa, sebagai contoh adalah adanya pigmen lipofusin di sel otot jantung dan sel susunan saraf pusat pada lansia yang mengakibatkan terganggunya fungsi sel itu sendiri (Maryam,2008).

2) Teori Psikologi

Pada usia lanjut penuaan terjadi secara alamiah seiring dengan penambahan usia. Perubahan psikologis yang terjadi dapat di hubungan pula dengan keakuratan mental dan

keadan fungsional yang efektif. Kepribadian individu yang terdiri atas motivasi dan inteligensi dapat menjadi karakteristik konsep diri dari seorang lansia

(Mia, 2008).

3) Teori sosial

Teori sosial ini mencakup teori interaksi sosial yaitu menurut ilmuwan simmons (1945) mengemukakan bahwa kemampuan lansia untuk terus menjalin interaksi sosial merupakan kunci untuk mempertahankan status sosialnya atas dasar kemampuannya untuk melakukan tukar menukar

(Rosidawati,2008).

4) Teori spiritual

Komponen spiritual dan tumbuh kembang merujuk pada pengertian hubungan individu dengan alam semesta dan persepsi individu tentang arti kehidupan james flower mengungkapkan bahwa tujuh tahap perkembangan kepercayaan, flower juga meyakini bahwa kepercayaan/dimensia spiritual adalah suatu fenomena timbal balik, yaitu menanamkan suatu keyakinan, cinta kasih sayang dan harapan (Ahmad,2008).

1. Permasalahan-Permasalahan Pada Lansia

a. Permasalahan Fisiologis Lansia

Menurut Mujahidullah (2012) beberapa perubahan yang akan terjadi pada lansia diantaranya adalah perubahan fisik, intelektual, dan keagamaan.

1) Perubahan fisik

a) Sel

Saat seseorang memasuki usia lanjut keadaan sel dalam tubuh akan berubah, seperti jumlahnya yang menurun, ukuran lebih besar sehingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan proposi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati berkurang

b) Sistem Persyarafan

Keadaan sistem persyarafan pada lansia akan mengalami perubahan, seperti mengecilnya syaraf panca indra. Pada indra pendengaran akan terjadi gangguan pendengaran seperti hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga. Pada indra penglihatan akan terjadi seperti kekeruhan pada kornea, hilangnya daya akomodasi dan menurunnya lapang pandang. Pada indra peraba akan terjadi seperti respon terhadap nyeri menurun dan kelenjar keringat berkurang. Pada indra pembau akan terjadinya seperti menurunnya kekuatan

otot pernafasan, sehingga kemampuan membau juga berkurang

c) Sistem Gastrointestinal

Pada lansia akan terjadi menurunnya selera makan , seringnya terjadi konstipasi, menurunnya produksi air liur (saliva) dan gerak peristaltic usus juga menurun

d) Sistem Genitourinari

Pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah ke ginjal menurun

e) Sistem Muskuloskeletal

Pada lansia tulang akan kehilangan cairan dan makin rapuh, keadaan tubuh akan lebih pendek, persendian kaku dan tendon mengerut

f) Sistem Kardiovaskuler

Pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun, ukuran jantung secara keseluruhan menurun dengan tidaknya penyakit klinis, denyut jantung menurun, katup jantung pada lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistolik meningkat pada lansia kerana hilangnya distensibility arteri. Tekanan darah diastolik tetap sama atau meningkat

2) Perubahan Intelektual

Menurut Hochanadel dan Kaplan dalam Mujahidullah (2012) akibat proses penuaan juga akan terjadi kemunduran pada kemampuan otak seperti perubahan *Intelegenita Quantion* (IQ) yaitu fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami kesulitan dalam berkomunikasi nonverbal, pemecahan masalah, konsentersasi, dan kesulitan mengenal wajah seseorang. Perubahan yang lain adalah perubahan ingatan, karena penurunan kemampuan otak maka seorang lansia akan kesulitan untuk menerima rangsangan yang diberikan kepadanya sehingga kemampuan untuk mengingat pada lansia juga menuru

3) Perubahan Keagamaan

Menurut Marslow dalam Mujahidullah (2012) pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya, hal tersebut bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meninggalkan kehidupan

b. Permasalahan Kesehatan Lansia

1) Mudah jatuh

Jatuh pada lansia ada beberapa faktor yang berperan didalamnya yaitu baik faktor instrinsik misal gangguan gaya berjalan, kelemahan otot, ektermitas bawah, kekakuan sendi, lantai yang licin,tersandung, penglihatan menurun

2) Mudah lelah

Lansia mudah lelah disebabkan oleh faktor psikologis seperti kelelahan atau perasaan depresi. Gangguan organisme misalnya Anemia, kekurangan Vitamin, perubahan pada tulang, gangguan pencernaan, kelainan metabolisme

3) Kekacauan mental akut

Disebabkan oleh keracunan, penyakit infeksi dengan demam tinggi, Alkohol, penyakit metabolisme, dehidrasi atau kekurangan cairan, gangguan fungsi otak, gangguan fungsi hati, radang selaput otak

4) Nyeri dada

Disebabkan oleh penyakit jantung koroner yang dapat menyebabkan iskemia jantung (berkurang aliran darah ke jantung), radang selaput jantung, gangguan pada system alat pernafasan

5) Sesak nafas pada waktu melakukan kerja fisik

Disebabkan oleh kelemahan jantung, gangguan system saluran nafas, anemia

6) Berdebar-debar (palpitasi)

Disebabkan oleh gangguan irama jantung, keadaan umum badan yang lemah karena penyakit kronis

7) Pembengkakan kaki bagian bawah

Disebabkan oleh kaki yang lama digantung (edema grafitasi), gagal jantung, bendungan pada vena bagian bawah, kekurangan vitamin B, gangguan penyakit hati

8) Nyeri pada sendi pinggul

Gangguan sendi pinggul misal : radang sendi dan sedi tulang yang keropos, kelainan tulang – tulang sendi, kelainan pada saraf dari punggu bagian bawah yang terjepit

9) Nyeri pinggang atau punggung

Gangguan sendi – sendi atau susunan sendi, gangguan pankreas, kelainan ginjal, gangguan pada rahim, gangguan pada kelenjar prostat, gangguan pada otot – otot badan

10) Berat badan menurun

Disebabkan oleh pada umumnya nafsu makan menurun karena kurang adanya gairah hidup atau keluesan

11) Sukar menahan buang air seni (sering mengompol)

Disebabkan oleh radang kandung kemih, radang saluran kemih, kelainan kontrol pada kandung kemih, kelainan persarafan pada kandung kemih

12) Sukar menahan buang air besar

Disebabkan oleh kelainan pada usus besar, kelainan pada ujung saluran pencernaan

13) Gangguan pada ketajaman penglihatan

Disebabkan kelainan pada lensa (refleksi lensa mata kurang), kekeruhan pada lensa (katarak), tekana pada mata yang meninggi (glukoma), radang saraf mata

14) Gangguan pada pendengaran (preqbiakusis)

Disebabkan oleh kelainan degeneratif (otot sklerusis)

15) Gangguan tidur (sulit tidur)

Disebabkan lingkunganyang kurang tenang

16) Keluhan pusing-pusing

Gangguan local misalnya vaskuler, sakit kepala sebelah, tekanan dalam bola mata yang meninggi

17) Keluhan perasaan dingin-dingin dan kesemutan pada anggota badan

Disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah lokal, gangguan persarafan umum, gangguan pada persarafan lokal pada bagian anggota bagian badan

18) Mudah gatal-gatal

Disebabkan karenan kalainan kulit, kering, degeneraif (Bandiyah, 2009).

B. Konsep Penyakit Hipertensi pada lansia

1. Definisi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik diatas 90 mmHg. (Brunner & Sudarth,2001).

Hipertensi pada lansia adalah peningkatan tekanan darah sistolik 160 mmHg dan tekanan diastole 90 (Fatimah, 2010).

2. Etiologi

Menurut Nurarif tahun 2015 hipertensi disebabkan oleh macam faktor yaitu :

- a. Kelelahan
- b. Keturunan
- c. Stress dan cemas
- d. Proses penuaan
- e. Diet yang tidak seimbang

3. Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif tahun 2015 manifestasi klinik hipertensi adalah :

- a. Sakit kepala
- b. Pusing
- c. Lemas,kelelahan
- d. Sesak nafas
- e. Gelisah
- f. Mual,muntah
- g. Kesadaran menurun

4. Klasifikasi Hipertensi

Menurut *The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC VII), klasifikasi hipertensi pada orang dewasa dapat dibagi menjadi kelompok normal, prehipertensi, hipertensi derajat I dan derajat II.

Tabel 2.1
Klasifikasi tekanan darah menurut JNC VII

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi derajat I	140-159	90-99
Hipertensi derajat II	>160	>100

Tabel 2.2
Klasifikasi Hipertensi lansia

Tingkat	Sistolik	Diastolik
Tingkat 1	140 – 159	90 – 99
Tingkat 2	160 – 179	100 – 109
Tingkat 3	180 – 209	110 – 199
Tingkat 4	>210	>120

Fatimah (2010).

Tabel 2.3
Tekanan darah berdasarkan umur

Kriteria	Sistolik	Diastolik
Umur dibawah 2 tahun	104 mmHg	70 mmHg
Umur 3-5 tahun	180 mmHg	70 mmHg
Umur 6 – 9 tahun	114 mmHg	74 mmHg
Umur 10 -12 tahun	122 mmHg	78 mmHg
Umur 13-15 tahun	130 mmHg	80 mmHg
Umur 16 – 20 tahun	136 mmHg	84 mmHg
Umur 20 – 45 tahun	120 – 125 mmHg	75 -80 mmHg
Umur 45 – 60 tahun	135 – 140 mmHg	85 mmHg
Umur lebih 65 tahun	150 mmHg	85 mmHg

(Aprilia, 2017).

5. Patofisiologi

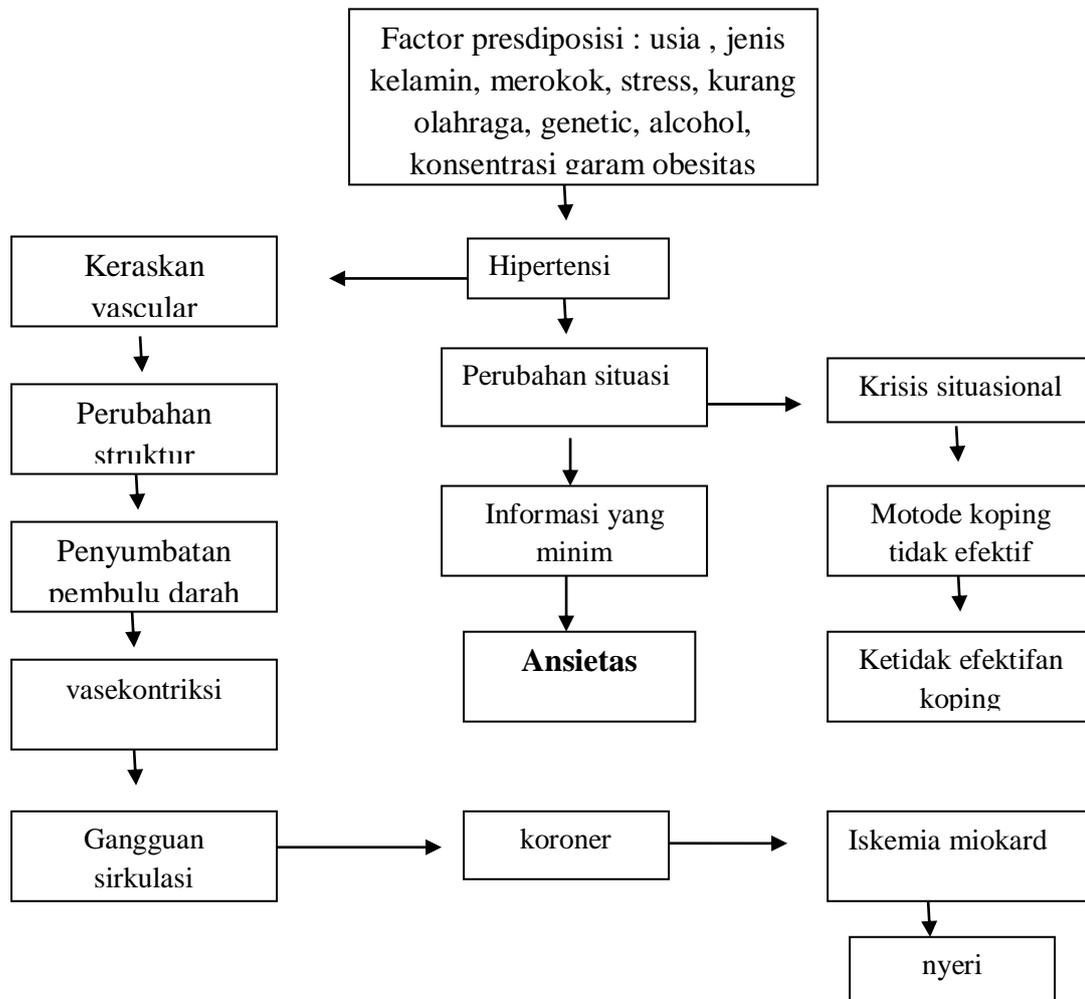
Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla di otak dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf sympatis yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia sympati di thoraks dan abdomen, rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf sympatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf paska ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskan norepinefrin mengakibatkan konstriksi di pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Partisipasi dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi, medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi, korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian di ubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan Hipertensi (Smelzer, 2001).

6. Pathway Hipertensi

Bagan 2.1

Pathway Hipertensi



(Nurarif, 2015).

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurarif 2015 pemeriksaan penunjang pada penderita hipertensi adalah :

- a. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1) Hb/Ht
 - 2) BUN, Kreatinin
 - 3) Glukosa dan urinalis
- b. CT-Scan
- c. EKG.

8. Terapi Aktifitas Kelompok Bernyanyi

Terapi aktifitas kelompok adalah sekumpulan individu yang mempunyai hubungan satu sama lain, saling bergantung dan mempunyai norma yang sama (Stuart,2013). Terapi Aktifitas kelompok merupakan sekumpulan individu yang mana memiliki relasi satu sama lainnya yang berkaitan serta bersama-sama mengikuti aturan dan norma yang sama. Therapi aktifitas kelompok atau TAK adalah kegiatan yang ditujukan pada sekelompok klien yang mana memiliki tujuan untuk bisa memberikan terapi bagi seluruh anggota di dalam kelompok tersebut. Dengan adanya kelompok terapi tersebut maka dapat meningkatkan kualitas hidup serta meningkatkan respon sosial (Keliat, B & Akemat,2009).

Bernyanyi dapat menurunkan kecemasan karena dapat membantu mengekspresikan perasaan, membantu rehabilitasi atas fisik, memberi pengaruh positif terhadap kondisi suasana hati dan emosi meningkatkan memori, serta menyediakan kesempatan yang unik untuk berinteraksi dan

membangun kedekatan emosional. Sehingga diharapkan dapat membantu mengatasi stres, mencegah penyakit dan meringankan rasa sakit. Bernyanyi selama satu kali seminggu dengan durasi 30 menit mampu menciptakan suasana gembira, mengurangi stres, meningkatkan energi, meningkatkan self-confidence, dan harga diri serta meningkatkan kualitas hidup (Djohan, 2006).

Bernyanyi merupakan pengobatan non farmakologis pada lansia yang memiliki tekanan darah juga dipengaruhi oleh keadaan emosi seseorang, karena emosi akan mengakibatkan dikeluarkannya hormon - hormon yang dapat mempengaruhi tekanan darah. Keadaan emosi yang waspada akan merangsang dikeluarkannya hormon yang dapat meningkatkan tekanan darah, sedangkan keadaan emosi yang senang, tenang akan merangsang dikeluarkannya hormon yang menyebabkan relaksasi. Kidung warga sari merupakan suatu nyanyian yang bila dinyanyikan dengan penuh khidmat akan membuat suasana hati yang damai, tenang, bahkan gembira. Hal inilah yang berperan dalam menurunkan tekanan darah karena dikeluarkannya hormon yang dapat merelaksasikan pembuluh darah, denyut jantung teratur (Babad Bali, 2005).

C. Konsep Ansietas atau Kecemasan

1. Definisi

Ansietas adalah perasaan seseorang yang tidak nyaman atau kekawatiran disertai respon autonom, yang dapat menimbulkan kewaspadaan terhadap ancaman. Ditandai gelisah, tidak percaya diri, gemetar dan berkeringat. Ansietas atau kecemasan adalah merupakan suatu pengalaman yang timbul karena ancaman yang tidak jelas penyebabnya, baik yang berasal dari luar maupun dari individu. Kecemasan dapat di bagi menjadi 3 yaitu : kecemasan ringan, kecemasan sedang dan kecemasan berat sekali (Jeffrey S. Nevid, dkk (2005: 164).

Rasa cemas yang paling sering timbul pada lansia adalah tentang kematiannya. Para lansia beranggapan bahwa bertambahnya usia merupakan tanda awal akan terjadinya atau segera nya ajal menjemputnya, hal ini membuat lansia menjadi cemas dan putus asa menjalani kehidupannya. Gangguan gangguan yang sering muncul seiring rasa cemas pada lansia adalah gangguan panik, rasa serba ketakutan, gangguan rasa cemas yang umum dengan stress. Pengobatan pada gangguan ini di sesuaikan dengan individu yang bersangkutan dan berbeda setiap individu di tinjau dari tingkat gangguannya (Fitrah,2010).

2. Ciri-Ciri Lansia Yang Mengalami Kecemasan

Menurut Jeffrey S. Nevid, dkk (2005: 164) ciri-ciri orang mengalami kecemasan adalah :

- a. Psikologi
 - 1) Peningkatan ketegangan
 - 2) Khawatir
 - 3) Distres
 - 4) Ketakutan
 - 5) Gelisah
 - 6) Gugup
 - 7) Kontak mata kurang
- b. Kognitif
 - 1) Kesulitan berkonsentrasi
 - 2) Penurunan menyelesaikan masalah
 - 3) Pengaruh kecemasan pada lansia
 - 4) Khawatir

D. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Aspiani (2014) konsep asuhan keperawatan yaitu :

1. Pengkajian

- a. Pengumpulan data
 - 1) Identitas

Identitas Partisipan yang biasa dikaji pada penyakit sistem kardiovaskuler adalah usia ,karena ada beberapa penyakit

kardiovaskuler banyak terjadi pada Partisipan di atas usia 60 tahun

2) Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada Partisipan dengan penyakit kardiovaskuler seperti: gagal jantung kongestif, penyakit jantung koroner, hipertensi adalah Partisipan mengeluh nyeri dada sebelah kiri, disertai sesak nafas dan ketidakmampuan untuk beraktivitas

3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh Partisipan dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai Partisipan dibawa ke Rumah Sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain selain Rumah Sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian

4) Riwayat Penyakit dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat kardiovaskuler sebelumnya, riwayat pekerjaan pada pekerja yang berhubungan dengan peningkatan aktivitas, riwayat penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok

5) Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik/keturunan.

6) Pola kebiasaan sehari-hari

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apa saja yang biasa dilakukan sehubungan dengan adanya nyeri dada sebelah kiri dan sesak nafas

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) keadaan umum
- 2) Kesadaran
- 3) Tanda – tanda Vital :
- 4) Pemeriksaa *Review of system*
 - a) Sistem Pernafasan
 - b) Sistem Sirkulasi
 - c) Sistem Persyarafan
 - d) Sistem Perkemihan
 - e) Sistem Pencernaan
 - f) Sistem Muskuloskeletal

c. Pola fungsi kesehatan

- 1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat
- 2) Pola nutrisi
- 3) Pola eliminasi
- 4) Pola tidur dan istirahat
- 5) Pola aktivitas dan istirahat
- 6) Pola hubungan dan peran
- 7) Pola sensori dan kognitif
- 8) Pola persepsi dan konsep diri

- 9) Pola seksual dan reproduksi
- 10) Pola mekanisme/penanggulangan stress dan coping
- 11) Pola tata nilai dan kepercayaan

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Cemas berhubungan dengan krisis situasional, perubahan status kesehatan ditandai dengan produktivitas berkurang, klien tampak gelisah, klien mudah tersinggung, klien tampak khawatir, klien tampak cemas, respirasi meningkat, nadi meningkat, suara gemetar, klien sulit berkonsentrasi.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan aliran darah coroner, iskemia jantung ditandai dengan klien melaporkan adanya nyeri dada sebelah kiri, seperti diremas – remas, perubahan TD, Nadi meningkat, kringat dingin, klien tampak gelisah, merintih kesakitan.
- c. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan ,keterbatasan kognitif ditandai dengan klien mengungkapkan adanya masalah, klien banyak bertanya, perilaku tidak sesuai.

(Aspiani,2014).

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah rancangan tindakan yang disusun perawat bersama lansia untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah terdiagnosa. Rencana keperawatan membantu klien memperoleh dan mempertahankan kesehatan pada tingkatan yang paling tinggi, kesejahteraan dan kualitas hidup dapat tercapai, demikian juga

halnya untuk menghadapi kematian secara damai. Rencana dibuat untuk keberlangsungan pelayanan dalam waktu yang tak terbatas, sesuai dengan respon atau kebutuhan klien (Nugroho, 2008).

Tabel 2.4
Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Cemas berhubungan dengan krisis situasional, perubahan status kesehatan ditandai dengan produktivitas berkurang, klien tampak gelisah, klien mudah tersinggung, klien tampak khawatir, klien tampak cemas, respirasi meningkat, nadi meningkat, suara gemetar, klien sulit berkonsentrasi.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam mampu mengontrol cemas Dengan kriteria: 1. Klien dapat merencanakan strategi koping untuk situasi yang membuat stress 2. klien dapat mempertahankan penampilan peran 3. klien melaporkan tidak ada gangguan persepsi sensori 4. klien melaporkan tidak ada manifestasi kecemasan secara fisik 5. klien melaporkan menifestasi perilaku akibat kecemasan : tidak ada 6. klien dapat meneruskan aktifitas yang dibutuhkan meskipun ada kecemasan 7. klien menunjukkan	Menurunkan kecemasan (<i>Anxiety Reduction</i>) 1. Gunakan ketenangan dalam pendekatan untuk menenangkan klien 2. Jelaska seluruh prosedur tindakan kepada klien dan perasaan yang mungkin muncul pada saat melakukan tindakan 3. Berusaha memahami kepada klien situasi stres yang dialami klien prognosis dan tindakan 4. Temani klien untuk memberikan kenyamanan dan mengurangi ketakutan 5. Dorong keluarga untuk menemani klien sesuai kebutuhan 6. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, pengharapan dan ketakutanya 7. Identifikasi tingkat kecemasan klien 8. Berikan aktifitas hiburan untuk

		<p>kemampuan untuk berfokus pada pengetahuan dan keterampilan yang baru</p> <p>8. klien dapat mengidentifikasi gejala yang merupakan indicator kecemasan</p>	<p>mengurangi ketegangan</p> <p>9. Kontrol stimulus sesuai kebutuhan klien</p> <p>10. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>11. Ciptakan hubungan saling percaya</p> <p>12. Bantu klien untuk mengungkapkan hal – hal yang membuat cemas</p> <p>13. Tentukan kemampuan klien dalam membuat keputusan</p> <p>14. Ajarkan klien teknik relaksasi</p> <p>15. Observasi gejala verbal dan non verbal dari kecemasan</p>
2	<p>Nyeri akut</p> <p>Berhubungan dengan penurunan aliran darah coroner, iskemia jantung ditandai dengan klien melaporkan adanya nyeri dada sebelah kiri, seperti diremas – remas, perubahan TD, Nadi meningkat, keringat dingin, klien tampak gelisah, merintih kesakitan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam mampu mengontrol cemas</p> <p>Mengontrol Nyeri (<i>pain control</i>)</p> <p>dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, dan tindakan pencegahan nyeri</p> <p>2. Klien mampu mengenal tanda – tanda pencetus nyeri untuk mencari pertolongan</p>	<p>Manajemen Nyeri <i>Pain Management</i></p> <p>1. Kaji secara komprehensif tentang nyeri, meliputi : lokasi, karakteristik, onset, durasi, frekuensi, kualitas insidenitas/ beratnya nyeri, dan faktor – faktor presipitasi</p> <p>2. Observasi isyarat – isyarat non verbal dari ketidak nyaman, khususnya dalam ketidak mampuan untuk komunikasi secara efektif</p> <p>3. Gunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri</p> <p>4. Kaji latar belakang</p>

<p>3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p>	<p>budaya klien</p> <p>5. Tentukan dampak dari ekspresi nyeri terhadap kualitas hidup : pola tidur, nafsu makan, aktifitas kognisi, mood, pekerjaan, tanggung jawab peran</p>
<p>Menunjukkan tingkat nyeri (<i>pain level</i>)</p>	
<p>1. Klien melaporkan nyeri dan pengaruh pada tubuh</p> <p>2. klien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi, dan lamanya nyeri</p> <p>3. Klien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>4. Tanda – tanda vital Dalam batas normal</p> <p>5. Ekspresi wajah tegang</p>	<p>6. Kaji pengalaman individu terhadap nyeri, keluarga dengan nyeri kronis</p> <p>7. Evaluasi tentang keefektifan dari tindakan terhadap klien mengontrol nyeri yang telah digunakan</p> <p>8. Berikan dukungan terhadap klien dan keluarga</p> <p>9. Berikan informasi tentang nyeri , seperti penyebab, berapa lama terjadi dan tindakan pencegahan</p> <p>10. kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan</p> <p>11. Anjurkan klien untuk memonitor sendiri nyeri</p> <p>12. Tingkatkan tidur atau istirahat yang cukup</p> <p>13. Ajarkan penggunaan teknik non- farmakologi</p> <p>14. Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri</p> <p>15. Modifikasi tindakan mengontrol nyeri</p>

berdasarkan respon
klien

16. Ajurkan klien untuk
berdiskusi tentang
pengalaman nyeri secara
tepat

17. Monitor kenyamanan
klien terhadap
menejemen nyeri

18. Bantu klien
mengidentifikasi faktor
presipitasi nyeri baik
aktual maupun potensial

19. Lakukan pengkajian
terhadap klien dengan
nyaman dan lakukan
monitoring dari rencana
yang dibuat

20. Hilangkan faktor
yang dapat
meningkatkan
pengalaman nyeri misal
nya rasa takut dan
kelelahan

21. Libatkan keluarga
untuk mengurangi nyeri

22. Informasikan kepada
tim kesehatan lain nya
atau anggota keluarga
saat tindakan
nonfarmakologi
dilakukan untuk
pendekatan prefentif

Pemberian analgentik

1. Berikan obat prinsip 6
benar

2. Cek riwayat alergi
obat

3. tentukan lokasi nyeri,
karakteristik kualitas
dan keparahan sebelum
pengobatan

			<p>4. Libatkan klien dalam pemilihan analgetik yang akan digunakan</p> <p>5. Monitor vital sigen sebelum dan sesudah pemberian analgetik Pertama kali</p> <p>6. Berikan analgetik yang tepat waktu saat nyeri hebat</p> <p>7. Evaluasi efektifitas analgetik tanda dan gejala efek samping</p>
3	<p>Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan , keterbatasan kognitif ditandai dengan klien mengungkapkan adanya masalah, klien banyak bertanya, perilaku tidak sesuai.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selam 3x24 jam, klien mempunyai pengetahuan tentang proses penyakit (knowledge Disease process) dengan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenal nama penyakit 2. Menjelaskan proses penyakit 3. Menjelaskan faktor penyebab dan resiko 4. Menjelaskan efek dari penyakit 5. Menjelaskan tanda – tanda dan gejala 6. Menjelaskan tindakan – tindakan untuk meminimalkan progresi penyakit 7. Menjelaskan tanda – tanda dan gejala komplikasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan tanda – tanda dan gejala yang biasanya muncul 2. Jelaskan tentang prosoes penyakit 3. Berikan informasi kepada klien tentang kondisinya 4. Berikan informasi tentang tindkan diagnostik yang dilakukan 5. Diskusikan perubahan prilaku yang dapat mencegah komplikasi 6. Diskusikan pilihan terapi 7. Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin muncul <p>Pendidikan Kesehatan : Pengobatan (Teaching :Treatment)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada klien tentang pengobatan yang didapattkan nya 2. jelaskan kepada klien tentang obat generik 3. Jelaskan tujuan dari setiap tindakan 4. Jelaskan kepada klien dosis , rute dan durasi dari setiap

8. Menjelaskan pencegahan komplikasi	pengobatan 5. Cek kemampuan klien dalam mengelola pengobatan yang didapat 6. Jelaskan kepada klien tindakan yang dibutuhkan sebelum mendapatkan pengobatan 7. Jelaskan kepada klien apa yang dilakukan jika dosis telah habis 8. Jelaskan pada klien tentang efek samping pengobatan dan tindakan yang tepat untuk menanggulangi nya 9. Jelaskan kepada klien kemungkinan intraksi obat dengan makanan 10. Libatkan keluarga dalam pengobatan
--------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Aspiani,2014).

4. Tindakan Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) tindakan keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan merubah atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat. Perawat memberikan pelayanan kesehatan untuk memelihara kemampuan fungsional lansia dan mencegah komplikasi serta meningkatkan ketidakmampuan (Maryam, 2010).

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) evaluasi adalah penilaian akhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan.