

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori Penyakit Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi ketika tekanan darah seseorang naik melebihi batas normal. Kondisi ini bisa menyebabkan masalah kesehatan yang serius, bahkan bisa menyebabkan kematian jika tidak ditangani. Orang dikatakan menderita hipertensi jika tekanan darahnya lebih dari 140/90 mmHg. Tekanan darah sendiri bisa berubah-ubah tergantung beberapa hal, seperti posisi tubuh (misalnya saat duduk atau berdiri), usia, dan tingkat stres yang sedang dialami. Kenaikan tekanan darah biasanya terjadi karena peningkatan tekanan saat jantung memompa darah (disebut tekanan sistolik). Setiap orang bisa memiliki tingkat tekanan darah yang berbeda, dan hal ini bisa berubah dari waktu ke waktu (Tambunan dkk., 2021)

Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah meningkat secara abnormal dan terus-menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan oleh beberapa faktor risiko yang tidak berjalan semestinya dalam mempertahankan tekanan darah normal (Sakti dkk., 2022)

2. Etiologi

Menurut Smeltzer dan Bare (2000) dalam (Syarli & Arini, 2021) penyebab hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Hipertensi Essensial atau Primer

Hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder dari hipertensi tidak ditemukan. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Onset hipertensi primer terjadi pada usia 30-50 tahun. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit renovaskuler, *aldo stronism*, *pheochro-mocytoma*, gagal ginjal dan penyakit lainnya. Genetik dan ras merupakan bagian yang menjadi penyebab timbulnya hipertensi

primer, termasuk faktor lain yang diantaranya adalah faktor stress, intake alkohol moderat, merokok, lingkungan, demografi dan gaya hidup.

b. 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 hipertensia esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditunjukkan ke penderita esensial.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

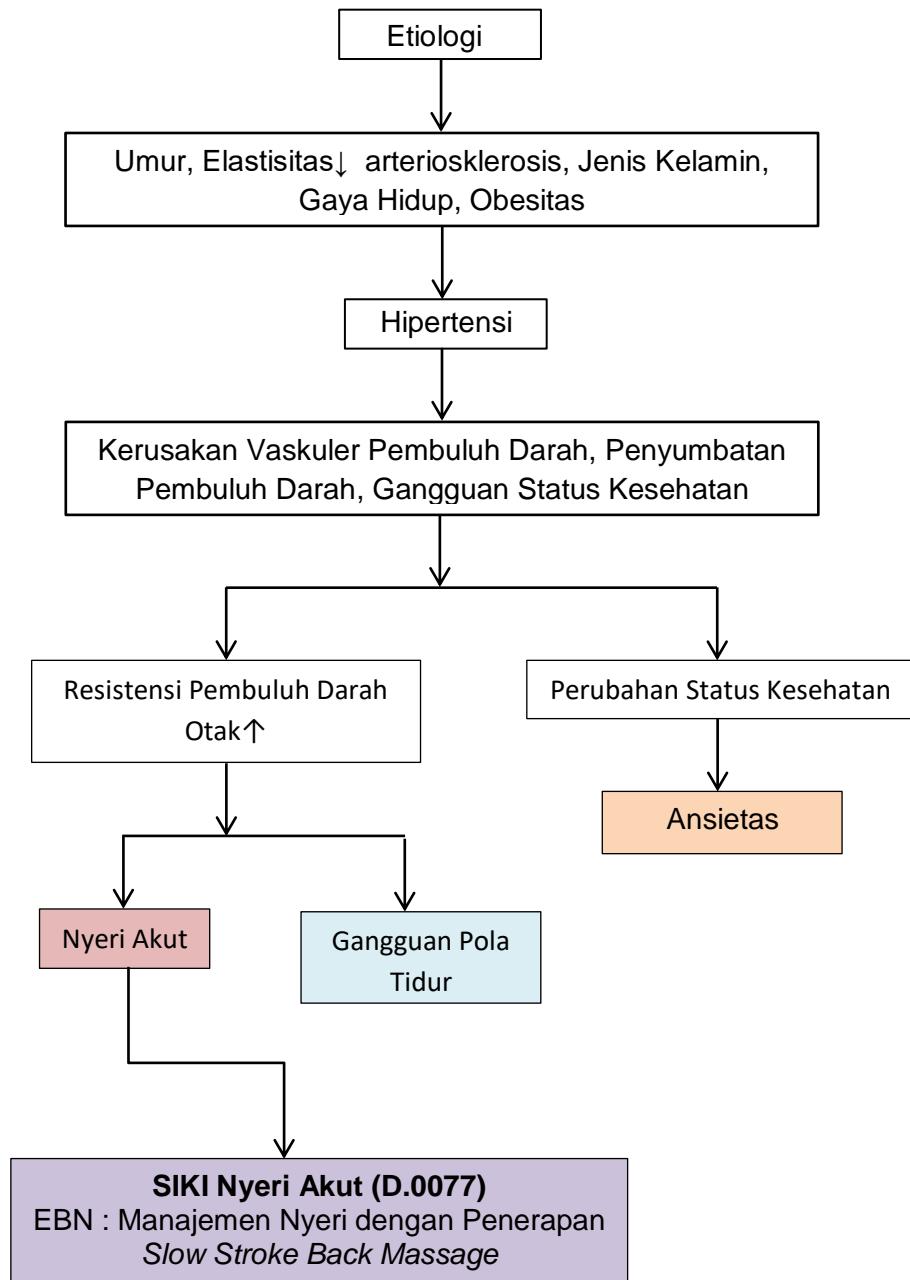
- 1) Elastisitas dinding aorta menurun
- 2) Katub jantung menebal dan menjadi kaku
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1%, setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemungkinan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- 5) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

3. Manifestasi Klinis

Adapun tanda gejala pada hipertensi yaitu dibedakan menjadi 2 yaitu tidak ada tanda gejala spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain itu penentuan tekanan arteri pada pemeriksa. Dan ada juga gejala yang timbul pada pasien dengan hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Pasien yang menderita hipertensi mengalami nyeri kepala, pusing, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, kesadaran menurun, dan gangguan kualitas tidur (Bethesda dkk., 2023).

4. Pathway

Gambar 2 1 Pathway Hipertensi



(Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diganosa Keperawatan

Indonesia dalam PPNI,2017)

5. Patofisiologi

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 hormone antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolaritasnya. 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 tekanan darah. Patogenesis dari hipertensi esensial merupakan multifaktorial dan sangat komplek. Faktor-faktor tersebut merubah fungsi tekanan darah terhadap perfusi jaringan yang adekuat meliputi mediator hormon, latihan vaskuler, volume sirkulasi darah, kaliber vaskuler, viskositas darah, curah jantung, elastisitas pembuluh darah dan stimulasi neural. Patogenesis hipertensi esensial dapat dipicu oleh beberapa faktor meliputi faktor genetik, asupan garam dalam diet, tingkat stress dapat berinteraksi untuk memunculkan gejala hipertensi (Lukitaningtyas & Cahyono, 2023).

6. Klasifikasi

Hipertensi, atau tekanan darah tinggi dalam istilah medis, merupakan kondisi meningkatnya tekanan darah secara terus menerus di atas ambang batas normal. Tekanan darah biasanya dinyatakan dalam dua komponen, yaitu tekanan sistolik dan diastolik, yang diukur dalam satuan milimeter air raksa (mmHg). Suatu kondisi dikategorikan sebagai hipertensi apabila nilai tekanan darah berada di atas ambang batas yang telah ditentukan secara klinis. Kriteria diagnosis hipertensi merujuk pada pedoman *The Eighth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 8), serta rekomendasi dari *American Society of Hypertension* (ASH) dan *International Society of Hypertension* (ISH).

berbagai guideline, klasifikasi hipertensi dibedakan menjadi :

- a. Klasifikasi Joint National Commitee 8

Table 2 1 Klasifikasi hipertensi menurut Joint National Commitee 8

Katagori Tekanan Darah	TDS (mmhg)	TTD (mmhg)
Normal	<120	<80
Pra-hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi tingkat 2	>160	>100
Hipertensi sistolik terisolasi	>140	<90

Secara umum, pedoman *American Society of Hypertension* (ASH) dan *International Society of Hypertension* (ISH) memiliki banyak kesamaan dengan pedoman JNC 8 dalam penatalaksanaan hipertensi. Kedua pedoman tersebut merekomendasikan penggunaan kombinasi obat seperti *angiotensin-converting enzyme inhibitors* (ACEIs), *angiotensin receptor blockers* (ARBs), *calcium channel blockers* (CCBs), dan diuretik tiazid sebagai terapi lini pertama bagi individu dengan hipertensi.

Namun, terdapat beberapa perbedaan penting antara kedua pedoman tersebut. Pedoman ASH/ISH tetap mempertahankan klasifikasi hipertensi derajat 1 dan derajat 2, serta merekomendasikan kombinasi dua obat antihipertensi sebagai terapi awal pada pasien dengan hipertensi derajat 2. Rekomendasi ini mempertimbangkan kemungkinan adanya penyebab hipertensi sekunder atau intrinsik, seperti pheochromocytoma (tumor jinak pada medula adrenal yang memengaruhi regulasi hormon), sleep apnea (gangguan tidur yang menyebabkan henti napas sesaat dan dapat meningkatkan tekanan darah), stenosis arteri renalis, atau penyakit ginjal.

Selain itu, perbedaan signifikan lainnya terletak pada target tekanan darah sistolik. Pedoman ASH/ISH menetapkan target tekanan darah sistolik sebesar ≤ 150 mmHg mulai pada usia 80 tahun, sedangkan dalam pedoman JNC 8 target tersebut sudah diberlakukan sejak usia 60 tahun.

-
- b. Klasifikasi *American Society of Hypertension* (ASH) dan *International Society of Hypertension* (ISH).

Table 2 2 Klasifikasi American Society of Hypertension (ASH) dan International Society of Hypertension (ISH).

Katagori	Tekanan Darah Sistolis (TDS)	Tekanan Darah Diastolis (TTD)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal – Tinggi	130-139	80-89
Hipertensi derajat 1 (Ringan)	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2 (sedang)	160-179	100-109
Hipertensi derajat 3 (berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi Systole terisolasi (isolated systolic	≥ 140	<90

hypertension)		
---------------	--	--

Secara umum, semakin tinggi tekanan darah, semakin besar pula risiko gangguan kesehatan yang dapat dialami seseorang. Tekanan darah dikategorikan tinggi apabila, dalam kondisi istirahat, tekanan sistolik mencapai ≥ 140 mmHg atau tekanan diastolik ≥ 90 mmHg, berdasarkan hasil pengukuran sebanyak tiga kali berturut-turut dengan selang waktu dua menit antar pengukuran. Apabila nilai tekanan sistolik dan diastolik berada pada kategori yang berbeda, maka kategori yang lebih tinggi digunakan sebagai acuan untuk menilai tingkat risiko kardiovaskular secara keseluruhan (Julianty, 2020).

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. Riwayat kesehatan

Pasien dengan hipertensi seringkali asimptomatis, namun gejala spesifik dapat menunjukkan hipertensi sekunder atau komplikasi hipertensi yang memerlukan pemeriksaan lebih lanjut. Riwayat medis dan keluarga yang lengkap direkomendasikan dan harus mencakup :

- 1) Tekanan darah. Hipertensi onset baru, durasi, tingkat BP sebelumnya, obat antihipertensi saat ini dan sebelumnya, obat lain / obat bebas yang dapat mempengaruhi BP, riwayat intoleransi (efek samping) obat antihipertensi, kepatuhan terhadap pengobatan antihipertensi, hipertensi sebelumnya dengan kontrasepsi oral atau kehamilan.
- 2) Faktor risiko. Riwayat pribadi CVD (infark miokard, gagal jantung (heart failure), stroke, serangan iskemik sementara (stroke, transient ischemic attacks), diabetes, dislipidemia, penyakit ginjal kronis (chronic kidney disease), status merokok, diet, asupan alkohol, aktivitas fisik, aspek psikososial, riwayat depresi). Riwayat keluarga hipertensi, CVD prematur, hipercolesterolemia, dan diabetes.
- 3) Penilaian risiko kardiovaskular secara keseluruhan. Sejalan dengan pedoman / rekomendasi lokal
- 4) Gejala / tanda hipertensi / penyakit penyerta. Nyeri dada, sesak napas, jantung berdebar, klaudikasio, edema perifer, sakit kepala, penglihatan kabur, nokturia, hematuria, pusing.

- 5) Gejala yang menunjukkan hipertensi sekunder. Kelemahan otot / tetani, kram, aritmia (hypokalemia / aldosteronisme primer), *flash pulmonary edema* (stenosis arteri renalis), berkeringat, jantung berdebar, sering sakit kepala (pheochromocytoma), mendengkur, mengantuk di siang hari (*obstructive sleep apnea*), gejala sugestif penyakit tiroid

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik menyeluruh dapat membantu memastikan diagnosis hipertensi dan identifikasi HMOD (*hypertension-mediated organ damage*) dan/atau hipertensi sekunder. Pemeriksaan ini harus mencakup:

- 1) Sirkulasi dan jantung. Denyut nadi / ritme / karakter, denyut / tekanan vena jugularis, detak apeks, bunyi jantung ekstra, ronki basal, edema perifer, bruit (karotis, perut, femoralis), keterlambatan radio-femoral.
- 2) Organ / sistem lain. Pembesaran ginjal, lingkar leher >40 cm (*obstructive sleep apnea*), pembesaran tiroid, peningkatan indeks massa tubuh (BMI) / lingkar pinggang, timbunan lemak dan striae berwarna (penyakit / sindrom cushing)

c. Pemeriksaan Laboratorium dan EKG

- 1) Tes darah : Natrium, kalium, kreatinin serum dan perkiraan laju filtrasi glomerulus (eGFR). Jika tersedia, profil lipid dan glukosa puasa.
- 2) Tes urin : tes urin Dipstick.
- 3) EKG 12 sadapan : Deteksi fibrilasi atrium, hipertrofi ventrikel kiri (LVH), penyakit jantung iskemik (Lukitaningtyas & Cahyono, 2023).

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu farmakologis dan non-farmakologis.

a. Penatalaksanaan farmakologis

menggunakan obat-obatan untuk menurunkan tekanan darah. Beberapa golongan obat yang umum digunakan termasuk diuretik, penghambat sistem saraf simpatik, penghambat ganglion, dan antagonis kalsium (Utomo dkk., 2022)

b. Penatalaksanaan non-farmakologis

meliputi berbagai upaya yang dilakukan secara mandiri oleh individu untuk menurunkan tekanan darah. Pendekatan ini mencakup diet rendah natrium dan lemak, berhenti merokok, menghindari alkohol, serta penerapan relaksasi atau terapi pijat seperti *Slow Stroke Back Massage* (SSBM). Terapi ini memberikan efek menenangkan, meningkatkan relaksasi, memperlancar peredaran darah, serta membantu menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik secara signifikan (Sari dkk., 2025)

9. Komplikasi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama kerusakan organ target, terutama jantung, otak, dan ginjal. Tekanan darah yang tinggi secara terus-menerus dapat menyebabkan pengerasan arteri (*arteriosclerosis*), sehingga menghambat aliran darah dan oksigen ke berbagai organ vital. Pada jantung, hipertensi dapat menimbulkan:

- Nyeri dada (*angina pektoris*), akibat suplai darah ke otot jantung yang tidak mencukupi.
- Infark miokard (serangan jantung), terjadi ketika aliran darah ke bagian jantung tersumbat, menyebabkan kematian sel-sel jantung karena kekurangan oksigen. Semakin lama aliran darah terhenti, semakin besar kerusakan jaringan jantung.
- Gagal jantung, kondisi saat jantung tidak mampu memompa darah secara efektif ke seluruh tubuh.
- Aritmia (irama jantung tidak teratur), yang berisiko menyebabkan kematian mendadak

Pada otak, hipertensi dapat menyebabkan stroke, baik akibat pecahnya maupun tersumbatnya arteri yang mensuplai darah ke otak. Sedangkan pada ginjal, tekanan darah tinggi dapat merusak struktur ginjal, yang dalam jangka panjang mengarah pada gagal ginjal (WHO, 2023)

Konsep Lansia

1. Definisi Lansia

Lanjut Usia (Lansia) adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun ke atas. Menjadi tua atau proses menua adalah hal yang alami dan akan dialami

oleh semua manusia. Proses ini bukan penyakit, tetapi perubahan bertahap yang menyebabkan penurunan kemampuan tubuh dalam merespons rangsangan dari dalam maupun luar. Walaupun mengalami perubahan fisik, banyak lansia yang masih aktif, mandiri, dan berkontribusi dalam kehidupan sosial dan masyarakat. Menjaga kesejahteraan lansia penting untuk menghormati nilai-nilai budaya dan keagamaan. Proses menua sendiri dimulai sejak seseorang lahir dan berlangsung sepanjang hidup (Mujiadi & Rachmah, 2022).

Lansia merupakan tahap lanjut dari perkembangan usia dewasa yang ditandai dengan kemunduran fisik, mental, dan sosial secara bertahap, hingga pada akhirnya dapat menyebabkan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Secara umum, lansia mengalami berbagai gejala yang berkaitan dengan penurunan fungsi biologis tubuh. Kondisi ini memicu perubahan pada berbagai sistem tubuh, seperti sistem indera, kardiovaskular, respiration, gastrointestinal, perkemihan, reproduksi, serta perubahan dalam aspek psikososial dan ekonomi (Sakti & Luhung, 2025).

2. Batasan Lansia

Menurut Basuki yang dikutip dari *World Health Organization* (WHO), batasan usia lansia meliputi :

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Usia 45-59 tahun | = Usia pertengahan (<i>Middle Age</i>) |
| 2. Usia 60-74 tahun | = Lanjut usia (<i>Elderly</i>) |
| 3. Usia 75-90 tahun | = Lanjut usia tua (<i>old</i>) |
| 4. Usia diatas 90 tahun | = Usia sangat tua (<i>Very Old</i>) |

Menurut Yalasviva (2022) yang dikutip dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI), batasan usia lansia diklasifikasikan sebagai berikut:

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. Usia 50-64 tahun | = Pralansia |
| 2. Usia 65-80 tahun | = Lansia muda |
| 3. Usia>80 tahun | = Lansia lanjut |

Klasifikasi usia lansia diatas bertujuan untuk tenaga kesehatan bisa memberikan perawatan dan layanan yang sesuai dengan kelompok usia. Misalnya, lansia yang masih cukup kuat tentu kebutuhannya berbeda dengan lansia yang sudah sangat tua atau sering sakit. Dengan adanya klasifikasi ini, dokter dan perawat bisa lebih mudah menyusun program yang tepat, seperti

olahraga ringan, pemeriksaan kesehatan rutin, atau perawatan khusus, sesuai dengan kondisi masing-masing lansia. ini membantu dalam merancang program kesehatan dan layanan yang sesuai untuk setiap kelompok usia (Basuki, 2024).

3. Perubahan Fisik dan Mental Pada Lansia

Saat seseorang memasuki usia lanjut, tubuhnya mulai mengalami banyak perubahan secara alami. Beberapa perubahan fisik yang umum terjadi adalah:

- Pendengaran mulai berkurang, sehingga suara terdengar kurang jelas dan sulit dimengerti.
- Penglihatan menurun, sehingga lansia bisa merasa kabur saat melihat.
- Kulit menjadi kendur, kering, dan berkerut karena kehilangan cairan, bahkan muncul bercak-bercak dan kulit menjadi lebih tipis.
- Kekuatan tubuh menurun, lansia mudah lelah dan keseimbangannya menurun. Tulang menjadi rapuh, sendi lebih mudah nyeri, dan otot melemah.
- Sistem pernapasan dan jantung melemah, membuat lansia mudah lelah dan napas lebih pendek.
- Masalah pencernaan, seperti tidak mudah merasa lapar, kehilangan gigi, dan indra pencium serta perasa berkurang. Lansia juga bisa mengalami gangguan seperti diare, sembelit, dan perut kembung.

Selain fisik, lansia juga mengalami penurunan kemampuan berpikir dan mengingat. Mereka bisa menjadi lebih pelupa, sulit memahami hal baru, kesulitan mengambil keputusan, atau memecahkan masalah. Perubahan-perubahan ini wajar terjadi pada lansia dan harus diperhatikan, terutama oleh tenaga kesehatan, agar lansia tetap bisa hidup nyaman, mandiri, dan aman. (Mahendro, 2020).

4. Masalah Kesehatan Yang Sering Muncul Pada Lansia

- a. Hipertensi (Tekanan darah tinggi)
- b. Diabetes Melitus
- c. Artritis (Penyakit Sendi)
- d. Stroke
- e. Penyakit Paru-paru Obstruktif Kronis (PPOK)
- f. Depresi (Mahendro, 2020).

B. Konsep Gangguan Tidur (Insomnia)

1. Definisi

Gangguan tidur adalah kondisi yang dapat menyebabkan seseorang sulit tidur dengan nyenyak di malam hari. Jika tidak diatasi, gangguan ini dapat berkembang menjadi insomnia, yaitu kesulitan untuk mulai tidur atau tetap tertidur meskipun ada waktu dan keinginan untuk tidur. Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering terjadi, terutama pada lansia. Kondisi ini dapat mengganggu aktivitas dan kualitas hidup sehari-hari karena tubuh tidak mendapatkan istirahat yang cukup (Hardono dkk., 2022).

2. Klasifikasi Gangguan Tidur (Insomnia)

a. Insomnia Sementara

Insomnia sementara adalah gangguan tidur yang berlangsung satu hingga beberapa malam. Kondisi ini biasanya disebabkan oleh stres, perubahan jadwal, atau adaptasi terhadap lingkungan baru, dan dapat membaik jika penyebabnya diatasi

b. Insomnia Jangka Pendek

Insomnia jangka pendek adalah gangguan tidur yang berlangsung selama 2–3 minggu. Kondisi ini biasanya disebabkan oleh stres, lingkungan yang tidak nyaman, perubahan jadwal, penyakit fisik, atau efek samping obat. Jika tidak ditangani, insomnia ini dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan yang lebih serius.

c. Insomnia Kronis

Insomnia kronis adalah gangguan tidur yang terjadi hampir setiap malam selama satu bulan atau lebih, bahkan bisa berlangsung bertahun-tahun. Kondisi ini biasanya disebabkan oleh masalah kesehatan seperti depresi, penyakit kronis, atau gaya hidup yang tidak sehat, seperti konsumsi kafein dan alkohol. Penanganan insomnia kronis memerlukan pengobatan dan terapi khusus dengan pengawasan tenaga medis (Hardono dkk., 2022).

3. Komplikasi Gangguan Tidur (Insomnia)

a. Efek Fisiologis

Secara umum, insomnia disebabkan oleh stres yang dapat memicu peningkatan hormon seperti nonadrenalin, ACTH, dan kortisol, serta menurunkan produksi hormon melatonin. Kondisi ini dapat mengganggu fungsi tubuh dan memicu berbagai masalah kesehatan fisik.

b. Efek Psikologis

Insomnia dapat menyebabkan berbagai gangguan, seperti penurunan daya ingat, kesulitan berkonsentrasi, mudah marah atau emosional, kehilangan motivasi, serta meningkatkan risiko depresi dan gangguan psikologis lainnya.

c. Efek Fisik Atau Efek Somatik

Penderita insomnia sering mengeluhkan kelelahan, nyeri otot, gangguan penglihatan, penurunan konsentrasi, serta kondisi ini dapat memperburuk hipertensi dan menurunkan kualitas hidup secara keseluruhan.

d. Efek Sosial

Efek insomnia terhadap kehidupan sosial meliputi menurunnya kualitas hidup, kesulitan dalam berprestasi, kurangnya kepuasan dalam hubungan dengan keluarga dan lingkungan, rasa minder, serta kesulitan dalam bersosialisasi.

e. Kematian

Insomnia dapat meningkatkan angka kematian dan menurunkan peluang kesembuhan dari berbagai penyakit. Selain itu, penderita insomnia memiliki risiko dua kali lebih besar mengalami kecelakaan lalu lintas akibat mengantuk saat berkendara (Hardono dkk., 2022).

4. Gangguan Tidur Pada Lansia

a. Insomnia

Insomnia adalah kesulitan untuk memulai atau mempertahankan tidur, sehingga menyebabkan kualitas tidur yang buruk. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti stres, kecemasan, dan masalah kesehatan tertentu.

b. Sleep Apnea

Sleep apnea adalah gangguan di mana pernapasan berhenti dan mulai berulang kali saat tidur, sering disertai dengkuruan keras dan rasa lelah di

siang hari. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko tekanan darah tinggi, penyakit jantung, dan stroke.

c. *Restless Leg Syndrome (RLS)*

Menyebabkan sensasi tidak nyaman di kaki dan dorongan tak terkendali untuk menggerakkannya, sering mengganggu tidur. RLS dapat dikaitkan dengan defisiensi zat besi dan gangguan neurologis (Widiyanto & Wijayati, 2025)

5. Perubahan Tidur Pada Lansia

Kebutuhan tidur malam setiap orang berbeda-beda, namun pada umumnya orang dewasa memerlukan 7-8 jam tidur. Sekitar 10-15% orang dewasa mengalami insomnia, dan angka ini meningkat seiring bertambahnya usia. Pada lansia, kebutuhan tidur menurun menjadi sekitar 6 jam per malam. Perubahan pola tidur pada lansia disebabkan oleh proses penuaan yang memengaruhi aspek fisik, psikologis, dan sosial, sehingga dapat menyebabkan insomnia. Selain itu, lansia mengalami penurunan tidur tahap IV dan peningkatan durasi tidur REM, yang menyebabkan sering terbangun di malam hari dan kesulitan untuk kembali tidur. Penurunan hormon serotonin pada lansia juga mengurangi produksi melatonin, yang berperan penting dalam mengatur tidur (Hardono dkk., 2022).

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan *Slow Stroke Back Massage (SSBM)*

1. Definisi

Slow Stroke Back Massage (SSBM) adalah teknik pijat punggung yang dilakukan dengan gerakan lambat, lembut, dan berirama menggunakan kedua tangan. Terapi ini bertujuan untuk memberikan efek relaksasi pada otot, tendon, dan ligamen, serta meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis. Dengan demikian, SSBM dapat membantu menurunkan tekanan darah, mengurangi nyeri, dan meningkatkan kualitas tidur (Sasti dkk., 2024).

Menurut penulisan oleh Fatimah dan Punjastuti (2020), SSBM merupakan tindakan massage pada punggung dan bahu dengan usapan yang perlahan. Stimulasi kulit yang dilakukan selama terapi ini menyebabkan

pelepasan endorfin, yang berperan dalam memberikan efek relaksasi dan kenyamanan pada pasien.

2. Manfaat Slow Stroke Back Massage

a. Menurunkan Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik

SSBM efektif menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik pada lansia dengan hipertensi

b. Mengurangi Nyeri Kepala

SSBM dapat mengurangi nyeri kepala pada lansia penderita hipertensi. teknik SSBM menyebabkan pelepasan endorfin, yang membatasi stimulus nyeri dan meningkatkan peredaran darah, sehingga menurunkan nyeri kepala dan tekanan darah

c. Meningkatkan Kualitas Tidur

SSBM membantu meningkatkan kualitas tidur pada lansia. Penulisan menunjukkan bahwa terapi ini memberikan efek relaksasi yang mendalam, membantu lansia tidur lebih nyenyak dan teratur.

d. Mengurangi Kecemasan dan Stres

Terapi SSBM juga efektif dalam mengurangi kecemasan dan stres pada lansia. Dengan memberikan efek relaksasi, SSBM membantu menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan kesejahteraan emosional (Mahfuzah dkk., 2023).

3. Mekanisme Kerja Slow Stroke Back Massage (SSBM)

Slow Stroke Back Massage (SSBM) adalah teknik pijat punggung dengan gerakan lambat dan lembut yang memberikan efek relaksasi pada otot, tendon, dan ligamen. Terapi ini bekerja melalui beberapa mekanisme fisiologis yang berkontribusi pada penurunan tekanan darah:

a. Stimulasi Saraf Kulit dan Pelepasan Endorfin

Sentuhan lembut pada kulit selama SSBM merangsang saraf-saraf superfisial yang kemudian diteruskan ke otak, khususnya ke hipotalamus. Hal ini memicu pelepasan endorfin, yaitu opiat endogen yang memberikan efek relaksasi dan kenyamanan, serta mengurangi persepsi nyeri.

b. Aktivasi Sistem Saraf Parasimpatis

Pelepasan endorfin dan stimulasi pada kulit meningkatkan aktivitas

sistem saraf parasimpatis. Aktivasi ini menyebabkan penurunan denyut jantung dan curah jantung, serta vasodilatasi pembuluh darah, yang secara keseluruhan berkontribusi pada penurunan tekanan darah.

c. Vasodilatasi dan Penurunan Kontraktilitas Otot Jantung

Stimulasi selama SSBM meningkatkan pelepasan neurotransmitter seperti asetilkolin, yang menghambat aktivitas saraf simpatik. Akibatnya, terjadi vasodilatasi sistemik dan penurunan kontraktilitas otot jantung, yang membantu menurunkan tekanan darah.

d. Peningkatan Sirkulasi Darah dan Relaksasi Otot

Gerakan pijatan yang lembut dan berirama pada punggung meningkatkan sirkulasi darah di area tersebut, membantu mengurangi ketegangan otot, dan memberikan efek relaksasi yang mendalam (Asriadi dkk., 2025).

4. Standar Operasional (SOP) Slow Stroke Back Massage

Table 2 3 SOP Slow Stroke Back Massage

 Kemenkes Poltekkes Medan		SLOW STROKE BACK MASSAGE (SSBM)
1	PENGERTIAN	Merupakan tindakan stimulasi kulit dan jaringan di bawahnya dengan usapan lambat yang berirama menggunakan tangan dengan durasi 60 gosokan permenit selama 10 menit
2	MANFAAT	<ol style="list-style-type: none">1. Menurunkan ketegangan otot2. Meningkatkan sirkulasi darah3. Menurunkan tekanan darah4. Menurunkan nyeri5. Menurunkan kecemasan memberikan kenyamanan

		6. Meningkatkan relaksasi
3	INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> 1. Klien yang mengalami nyeri/ketidaknyamanan 2. Klien yang mengalami ansietas 3. Klien dengan keluhan ketakutan dan ketegangan otot di punggung dan bahu 4. Klien dengan kesulitan tidur
4	KONTRAINDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> 1. Fraktur tulang rusuk atau vertebra 2. Luka bakar 3. Daerah kemerahan pada kulit 4. Luka terbuka pada daerah punggung
5	PERSIAPAN ALAT	<ul style="list-style-type: none"> 1. Selimut mandi 2. Handuk mandi 3. Lotion, bedak, baby oil, minyak zaitun
6	PERSIAPAN LINGKUNGAN	<ul style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Tempat 2. Persiapan Posisi klien 3. Persiapan ruangan
7	PERSIAPAN PASIEN	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi klien 2. Mengkaji kondisi klien
8	PERSIAPAN PERAWAT	<ul style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dan perkenalan diri 2. Kaji kondisi klien 3. Jaga privasi klien 4. Jelaskan tujuan pemberian intervensi 5. Mencuci tangan
9	CARA KERJA	<ul style="list-style-type: none"> 1. Beri tahu pasien bahwa

		<p>tindakan akan segera dimulai</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tinggikan tempat tidur sampai ketinggian yang nyaman 3. Cek alat-alat yang akan digunakan 4. Dekatkan alat ke sisi tempat tidur pasien 5. Posisikan pasien senyaman mungkin 6. Cuci tangan 7. Periksa keadaan kulit pungung pasien sebelum memulai tindakan 8. Bantu pasien melepas baju 9. Bantu pasien dengan posisi pronasi 10. Buka punggung pasien, bahu, lengan atas tutup sisanya dengan selimut mandi 11. Aplikasikan lubrikan atau lotion pada bagian bahu dan punggung pasien 12. Meletakkan tangan pada bokong kemudian mulai massage dengan gerakan melingkar 13. Usapan dilakukan ke atas dari bokong ke bahu. Massage di atas skapula dengan gerakan lembut dan tegas 14. Melanjutkan ke arah lengan atas dalam satu usapan lembut secara lateral sepanjang sisi punggung dan kembali ke
--	--	---

		<p>bawah ke puncak iliaka.</p> <p>15. Mengulangi gerakan yang sama tanpa melepaskan tangan dari kulit hingga massage selesai dilakukan</p> <p>16. Akhiri gerakan dengan massage memanjang ke bawah.</p> <p>17. Bersihkan sisa lotion pada punggung dengan handuk</p> <p>18. Bantu klien memakai baju kembali</p> <p>19. Bantu klien ke posisi semula</p> <p>20. Beritahu bahwa tindakan sudah selesai</p> <p>21. Bereskan alat-alat yang telah digunakan</p> <p>22. Kaji respon klien</p> <p>23. Berikan reinforcement positif pada klien</p> <p>24. Akhiri kegiatan dengan baik</p>
10	EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon pasien 2. Berikan reinforcement positif 3. Akhiri pertemuan dengan baik

Sumber : (Potter & Perry, 2021)

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia

Keperawatan adalah layanan profesional yang menyeluruh dan mencakup aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual. Layanan ini diberikan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat, baik yang sehat maupun yang sedang sakit. Tujuan asuhan keperawatan pada lansia adalah agar mereka bisa mandiri dalam menjalani aktivitas sehari-hari dengan

pendekatan yang bersifat promotif (meningkatkan kesehatan), preventif (mencegah penyakit), dan rehabilitatif (mengembalikan fungsi tubuh). Asuhan ini dilakukan secara menyeluruh dan sistematis melalui tahapan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. (Sarida dkk.,2020).

2. Proses Pengkajian Keperawatan Individu Lansia

Pengkajian adalah tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Ningrum, 2021).

3. Proses Diagnosis Keperawatan Individu Lansia

Menurut SDKI diagnosis keperawatan yang mungkin muncul antara lain:

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler cerebral.
- b. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur, nyeri akut.
- c. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ancaman terhadap kematian.
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpapar informasi, ketidaktahuan menemukan sumber informasi.
- e. Penurunan curah jantung b.d vasokonstriksi, iskemia miokard, peningkatan afterload, dan hipertropi ventricular, perubahan irama jantung.
- f. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.

4. Proses Intervensi Keperawatan Individu Lansia

Intervensi keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Afriza dkk., 2024). Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Tahun 2018 intervensi pada Diagnosis yang muncul seperti pada table berikut ini

Table 2 4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis (Sdki)	Tujuan & Kriteria Hasil (Slki)	Intervensi (Siki)
1	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis : peningkatan tekanan vaskuler cerebral (SDKI D.0077. Hal. 172)</p> <p>Dibuktikan dengan:</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh nyeri <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Bersikap protektif (mis, waspada posisi menghindari nyeri) • Gelisah 	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah menurun • Frekuensi nadi membaik • Pola tidur membaik • Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kuaiitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi nadi meningkat • Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <p>Tidak tersedia</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah meningkat • Pola napas berubah • Nafsu makan berubah • Proses berpikir terganggu • Menarik diri • Berfokus pada diri sendiri 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan teknik nonfarmakologis untuk 9. Mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, 10. kompreshangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
--	--	---

			<p>18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangirrasanyeri Kolaborasi</p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgesic bila perlu</p>
2	<p>Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur, nyeri akut (SDKI D.0055. Hal.126)</p> <p>Dibuktikan dengan Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh sulit tidur • Mengeluh sering terjaga • Mengeluh tidak puas tidur • Mengeluh pola tidur berubah 	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan</p> <p>Keperawatan diharapkan Pola tidur membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)

	<ul style="list-style-type: none"> Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Objektif :Tidak Tersedia</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tidak Tersedia 		<p>6. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>7. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi,terapi akupresur)</p> <p>8. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p>Edukasi:</p> <p>9. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>10. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>11. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>12. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya (mis. Relaksasi benson)</p>
3	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi,	<p>Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <p>Setelah dilakukan</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi saat</p>

	<p>ancaman terhadap kematian. (SDKI D.0080. Hal.180)</p> <p>Dibuktikan dengan:</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa bingung • Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi • Sulit berkonsentrasi <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak gelisah • Tampak tegang • Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh pusing 	<p>Tindakan keperawatan diharapkan Tingkat Ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Pola tidur membaik 6. Frekuensi pernapasan membaik 7. Tekanan darah membaik 8. Frekuensi nadi membaik 9. Perilaku sesuai anjuran meningkat 10. Perilaku sesuai anjuran meningkat 	<p>tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan , jika kemungkinan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pedekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
--	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Anoreksia • Palpitasi • Merasa tidak berdaya <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi napas meningkat • Frekuensi nadi meningkat • Tekanan darah meningkat • Diaforesis • Tremor • Muka tampak pucat • Suara bergetar • Kontak mata buruk • Sering berkemih • Berorientasi pada masa lalu 	<p>10. Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>12. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>13. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>14. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <p>15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>16. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan</p> <p>17. Latih penggunaan mekanisme</p>
--	--	---

			<p>pertahanan diri yang tepat</p> <p>18. Latih teknik relaksasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>19. Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu Terapi Relaksasi</p>
4	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpapar informasi, ketidaktahuan menemukan sumber informasi (SDKI D.0111. Hal.246)</p> <p>Dibuktikan dengan: Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan masalah yang 	<p>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan

	<p>dihadapi</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran • Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah menurun <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak Tersedia <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat • Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria). 	<p>meningkat</p> <p>3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p>	<p>kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi:</p> <p>6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</p> <p>7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
--	--	--	---

5	<p>Penurunan curah jantung b.d vasokonstriksi, iskemia miokard, peningkatan afterload, dan hipertropi ventricular, perubahan irama jantung (SDKI D.0008. Hal. 34)</p> <p>Dibuktikan dengan:</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan irama jantung • palpitas • perubahan <i>preload</i> • Lelah • Perubahan <i>afterload</i> • Dispnea <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan irama jantung 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 6x24 jam, maka curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Pucat/sianosis menurun 3. Lelah menurun 4. Murmur jantung menurun 5. Tekanan darah membaik 	<p>Perawatan jantung (I.02075) yaitu :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea), 2. Monitor tekanan darah, periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. 3. Monitor tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat, <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. posisikan pasien semi fowler atau fowler, berikan diet jantung yang sesuai (5) batasi asupan kafein dan makanan tinggi lemak), 5. fasilitasi pasien dan keluarga untuk
---	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan preload • Perubahan afterload • Perubahan kontraktilitas <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • perubahan <i>preload</i> • Perubahan <i>afterload</i> • Perubahan kontraktilitas • Perilaku emosional • Cemas • Gelisah <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan preload • Murmur jantung • Berat badan bertambah • Pulmonary artery wedge pressure 	<p>modifikasi gaya hidup sehat,</p> <p>6. Berikan teknik relaksasi untuk mengurangi stress,</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi,</p> <p>8. Anjurkan berhenti merokok</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. kolaborasi pemberian antiaritmi</p>
--	--	--

	<p>(PAWP) menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan afterload • Pulmonary vascular resistance (PVR) meningkat/men urun • Systemic vascular resistance (SVR) meningkat/men urun • Perubahan kontraktilitas • Cardiac index (CI) menurun • Left ventricular stroke work index (LVSWI) menurun • Stroke volume index (SVI) menurun • Perilaku/emosional (tidak tersedia) 		
--	--	--	--

6	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (SDKI D.0009. Hal. 37).</p> <p>Dibuktikan dengan:</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak tersedia <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengisian kapiler >3 detik • Nadi perifer menurun atau tidak teraba • Akral teraba dingin • Warna kulit pucat • Turgor kulit Menurun <p>Gejala dan Tanda</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer menurun</p> <p>SLKI : Perfusi perifer</p> <p>Ekspetasi : Meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi menurun 2. Warna kulit pucat menurun 3. Tekanan darah sistolik menurun 4. Tekanan darah diastolik menurun 	<p>SIKI: Edukasi Latihan Fisik</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga 6. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan 7. Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan 8. Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan yang
---	--	---	--

	<p>Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa takut mengalami cedera berulang <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema • Penyembuhan luka lambat • Bruit femoral 		<p>tepat</p> <p>9. Ajarkan teknik menghindari cedera saat berolahraga</p> <p>10. Ajarkan teknik pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik relaksasi otot progresif</p>
--	--	--	--

5. Proses Implementasi Keperawatan Individu Lansia

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah tahap penting dalam proses keperawatan, yaitu saat perawat mulai menjalankan rencana yang telah dibuat. Dalam merawat lansia, perawat perlu memahami berbagai hal, seperti cara berkomunikasi yang baik, melakukan tindakan dengan aman, serta menjaga lingkungan agar lansia tidak berisiko jatuh. Perawat juga harus tahu hak-hak lansia dan memastikan pelayanan diberikan dengan menghargai martabat mereka.

Selain itu, perawat perlu bekerja sama dalam tim, mengatur layanan keperawatan dengan baik, serta menjadi agen perubahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Tujuan dari tindakan keperawatan gerontik adalah membantu lansia agar tetap mandiri, aktif, dan memiliki kualitas hidup yang baik sesuai dengan tahap perkembangan usianya (Astuti dkk., 2024).

6. Proses Evaluasi Keperawatan Individu Lansia

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Potter dkk., 2021).