

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi lansia

Dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun, usia lanjut dapat dikatakan usia emas karena tidak semua orang dapat mencapai usia tersebut, maka orang berusia lanjut memerlukan tindakan keperawatan, baik yang bersifat promotif maupun preventif agar ia dapat menikmati masa usia emas serta menjadi usia lanjut yang berguna dan bahagia (Dodik Arso dkk, 2022).

Menua atau menjadi tua adalah suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari. Proses penuaan terjadi secara alamiah. Hal ini dapat menimbulkan masalah fisik, mental, sosial, ekonomi dan psikologis (Mustika, 2019).

2. Karakteristik Lansia

Lansia memiliki karakteristik yaitu berusia lebih dari 60 tahun, kebutuhan dan masalah bervariasi dan rentang sehat sampai sakit, kebutuhan biopsikososial dan spiritual, kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif (Erna & Ning, 2018).

3. Klasifikasi Lansia

Menurut Dodik Arso wibowo dkk, (2022) terdapat beberapa versi klasifikasi umur sebagai berikut:

- a. Menurut *World Health Organization* (WHO).
 1. Usia pertengahan (*middle age*), antara usia 45-59 tahun
 2. Lanjut usia (*elderly*), antara usia 60-74 tahun.
 3. Lanjut usia tua (*old*), antara usia 75-90 tahun.
 4. Usia sangat tua (*very old*), diatas 90 tahun.
- b. Menurut Padila (2013), dalam Dodik dkk, (2022)
 1. Usia dewasa muda (*elderly adulthood*), antara 18-25 tahun.
 2. Usia dewasa penuh (*middle years*), antara usia 25-65 tahun.

3. Lanjut usia (*geriatric age*), antara usia 65-70 tahun, terbagi atas
 - a) *Young old* (usia 70-75)
 - b) *Old* (usia 75-80)
 - c) *Very old* (usia > 80 tahun).

4. Perubahan pada lansia

Proses penuaan yang terjadi pada lansia secara langsung maupun tidak akan berdampak pada suatu perubahan-perubahan tertentu, seperti perubahan fisik, perubahan kognitif, dan perubahan psikososial (Wisoesdhanie Widi, 2021).

a. Perubahan fisik

1). Sistem indera

Perubahan pada sistem indera pada lansia yang paling mencolok ialah pada indera penglihatan, pendengaran, dan peraba. Lansia mengalami perubahan pada indera penglihatan yang paling umum ialah presbiopi atau rabun dekat. Keadaan ini menyebabkan lensa kehilangan elastisitas sehingga menjadi kaku, otot penyangga lensa melemah, ketajaman penglihatan berkurang, respons terhadap sinar serta lapang pandang pun menurun. Perubahan yang terjadi pada indera pendengaran disebabkan karena tulang-tulang pendukung fungsi pendengaran mengalami kekakuan. Hal tersebut berdampak pada penurunan kemampuan dan ketajaman mendengar.

Pada sistem integumen atau dalam hal ini ialah indera peraba, juga mengalami perubahan ketika proses menua itu terjadi. Perubahan yang tampak seperti kulit yang menjadi kering dan keriput, elastisitas kulit berkurang, dan rambut yang memutih (Apriska, 2016).

2). Sistem muskuloskeletal

Cairan pada tulang manusia berfungsi untuk perlindungan dan pendukung fungsi tulang itu sendiri. Pada lansia, jumlah cairan pada tulang akan semakin menurun yang dapat menyebabkan tulang menjadi mudah rapuh dan mendukung terjadinya osteoporosis, pembesaran sendi, dan atrofi otot.

3). Sistem kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler pada lansia mengalami perubahan seperti katup jantung yang menebal dan kaku serta kemampuan pompa darah dan elastisitas pembuluh darah yang menurun. Peningkatan resistensi pembuluh darah perifer pada lansia dapat membentuk suatu tahanan perifer yang berujung pada peningkatan tekanan darah atau hipertensi.

4). Sistem saraf

Proses penuaan akan membuat susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi pada bagian serabut saraf. Penurunan fungsi sistem saraf menyebabkan lansia mengalami penurunan koordinasi tubuh sehingga kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dapat terganggu. Proses penuaan juga menurunkan fungsi persepsi sensori dan respons motorik pada susunan saraf pusat lansia.

5. Masalah kesehatan lansia

Berdasarkan buku lansia Mahendro (2020), semakin bertambahnya usia, tubuh menjadi semakin rentan mengalami gangguan kesehatan dikarenakan menurunnya fungsi-fungsi organ. Masalah kesehatan yang sering muncul pada lansia meliputi:

- a. Diabetes yang juga dikenal sebagai diabetes melitus (DM) adalah suatu kondisi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah lebih dari 200 mg/dl yang disebabkan oleh rusaknya sel beta pankreas, yang merupakan organ penghasil insulin.
- b. Penyakit sendi (Arthritis), sering dikenal sebagai radang sendi, adalah penyakit autoimun kronis yang mengakibatkan kerusakan sendi, kecacatan dan mengganggu mobilitas serta memerlukan pengobatan dan kontrol jangka panjang.
- c. Stroke adalah penyakit yang terjadi akibat suplai oksigen dan nutrisi ke otak terganggu karena pembuluh darah tersumbat atau pecah.
- d. Penyakit paru – paru obstruktif kronis (PPOK), penyakit kronik atau menahun yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran nafas, semakin lama semakin memburuk dan tidak sepenuhnya dapat kembali normal.

- e. Hipertensi (tekanan darah tinggi) adalah kondisi dimana tekanan darah sistolik atau diastoliknyanya masing-masing lebih besar dari 140 mmHg atau 90 mmHg.

B. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi secara umum dapat didefinisikan sebagai tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Tekanan darah tinggi menjadi masalah hanya bila tekanan darah tersebut persisten. Tekanan darah tersebut membuat sistem sirkulasi dan organ yang mendapat suplai darah (termasuk jantung dan otak) menjadi tegang (Alfeus, 2018).

2. Etiologi Hipertensi

Menurut Alfeus, (2019) berdasarkan penyebabnya hipertensi dapat digolongkan menjadi 2 yaitu:

- a. Hipertensi esensial atau primer

Penyebab pasti hipertensi esensial sampai saat ini masih belum dapat diketahui. Namun berbagai faktor diduga turut berperan sebagai penyebab hipertensi primer, seperti bertambahnya umur, stres psikologis, dan hereditas (keturunan). Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi primer, sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder.

- 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), dan lain-lain. Karena golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditujukan ke penderita hipertensi esensial.

3. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi atau tekanan darah tinggi menurut Alfeus (2019), terbagi menjadi dua jenis yaitu :

a. Hipertensi esensial (primer).

Tipe ini terjadi pada sebagian besar kasus tekanan darah tinggi, sekitar 95%. Penyebabnya tidak diketahui dengan jelas, walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor pola hidup seperti kurang bergerak dan pola makan.

b. Hipertensi sekunder

Tipe ini lebih jarang terjadi, hanya sekitar 5% dari seluruh kasus tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi tipe ini disebabkan oleh kondisi medis lain (misalnya penyakit ginjal) atau reaksi terhadap obat-obatan tertentu (misalnya pil KB).

Tabel 1.1 : Klasifikasi tekanan darah orang dewasa berusia 18 tahun ke atas
(*The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VII)*, Brashers, 2008) dalam Alfeus (2019).

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pre Hipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi Derajat 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi Derajat 2	≥ 160	≥ 100

4. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya peningkatan tekanan darah pada hipertensi primer dipengaruhi oleh banyak faktor. Dua faktor yang dimungkinkan menyebabkan terjadinya hipertensi adalah berhubungan dengan faktor hormonal dan pengaturan elektrolit di dalam tubuh. Faktor psikologis yaitu kecemasan dan ketakutan juga dapat menyebabkan peningkatan vasokonstriksi pembuluh darah.

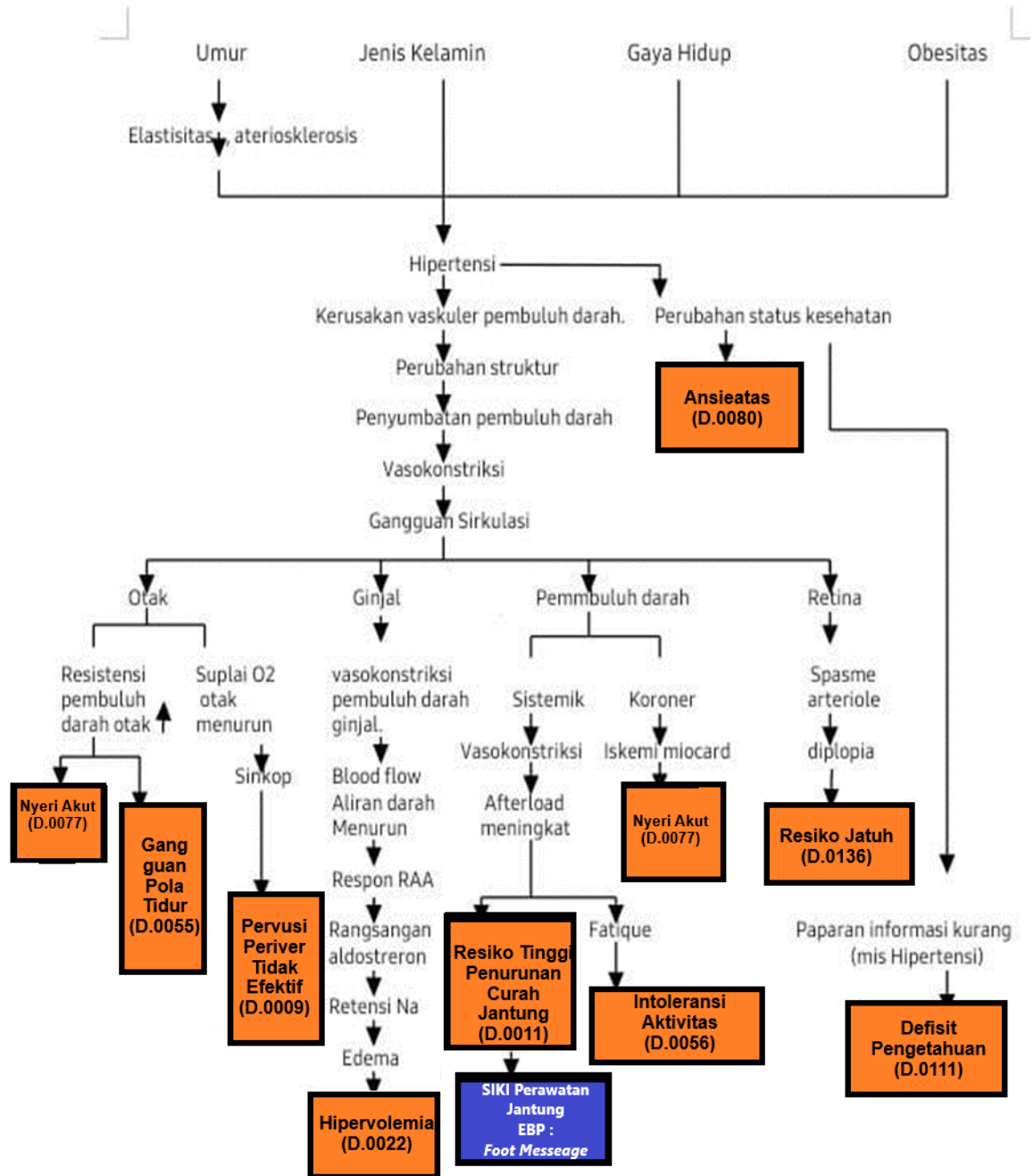
Peningkatan tekanan darah dapat dimulai saat adanya stimulasi terhadap saraf simpatik sehingga hal ini akan mempengaruhi sekresi kelenjar adrenal. Medulla adrenal akan mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Sedangkan korteks adrenal juga akan mensekresi kortisol dan steroid lainnya sehingga memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Adanya vasokonstriksi pembuluh darah ini menyebabkan penurunan aliran darah ke ginjal

sehingga akan merangsang ginjal untuk mengeluarkan renin. Sekresi renin ini akan merangsang pembentukan vasokonstriktor kuat yaitu angiotensin I yang kemudian akan diubah menjadi angiotensin II. Pengeluaran hormon ini menyebabkan korteks adrenal mensekresi hormon aldosteron yang akan meningkatkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal sehingga volume intravaskuler meningkat.

Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan hipertensi. Sebagai pertimbangan gerontologis dimana terjadi perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer. Pada usia lanjut perlu diperhatikan kemungkinan adanya "hipertensi palsu" disebabkan kekakuan arteri brachialis sehingga tidak dikompresi oleh cuff sphygmomanometer (Riza, 2018).

5. Pathway

Pathway pada hipertensi terdapat pada bagan.



Gambar 1.1 : Pathway Hipertensi

(Sumber : Nurarif dan Hadi, 2015)

6. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala menurut Alfeus, (2019) yang biasa ditimbulkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut:

a. Tidak ada gejala

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. Hipertensi yang menahun dan tergolong hipertensi berat biasanya akan menimbulkan keluhan yang sangat nampak yaitu : sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, nafas pendek (terengah-engah), gelisah, pandangan mata kabur dan berkunang-kunang, emosional, telinga berdengung, sulit tidur, tengkuk terasa berat, nyeri kepala bagian belakang dan di dada, otot lemah, terjadi pembengkakan pada kaki dan pergelangan kaki, keringat berlebih, denyut jantung yang kuat, cepat atau tidak teratur, impotensi, perdarahan di urine, bahkan mimisan.

Manifestasi klinis hipertensi pada lansia secara umum adalah: sakit kepala, perdarahan hidung, vertigo, mual muntah, perubahan penglihatan, kesemutan pada kaki dan tangan, sesak napas, kejang atau koma, nyeri dada.

7. Komplikasi

Hipertensi merupakan salah satu penyakit jantung yang bisa berdampak pada kematian. Menurut data di WHO, diperkirakan sebanyak 7,5 juta penduduk di dunia meninggal akibat hipertensi atau sekitar 12,8% kematian terjadi akibat hipertensi.

Seseorang dengan hipertensi dapat mengalami komplikasi antara lain :

- a. Serangan jantung
- b. Stroke
- c. *Chronic Heart Failure (CHF)*
- d. *Chronic Renal Failure (CRF)*

Peningkatan tekanan darah akan menyebabkan pembuluh darah menjadi menyempit sehingga aliran darah yang menuju ke jantung menjadi berkurang. Hal ini menyebabkan suplai oksigen pada jantung rendah sehingga akan menyebabkan nyeri dada, serangan jantung maupun gagal jantung. Serangan jantung terjadi akibat suplai oksigen yang diperlukan untuk kehidupan di jantung berkurang. Sedangkan gagal jantung merupakan kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam menjalankan fungsinya untuk memompa darah ke seluruh tubuh (Riza, 2018).

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Reny Yuli (2016), pemeriksaan penunjang hipertensi yaitu dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium, EKG, dan foto Rontgen.

a. Laboratorium

- 1). Albuminuria pada hipertensi karena kelainan parenkim ginjal
- 2). Kreatinin serum dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut
- 3). Darah perifer lengkap
- 4). Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa).

b. EKG

- 1). Hipertrofi ventrikel kiri
- 2). Iskemia atau infark miokard
- 3). Peninggian gelombang P
- 4). Gangguan konduksi

c. Foto Rontgen

- 1). Bentuk dan besar jantung Noothing dari iga pada koarktasi aorta.
- 2). Pembendungan, lebarnya paru
- 3). Hipertrofi parenkim ginjal
- 4). Hipertrofi vaskular ginjal.

9. Penatalaksanaan

Menurut Moh Roni dkk (2020). Penatalaksanaan hipertensi secara komprehensif akan menurunkan kejadian kardiovaskular. Pengobatan farmakologi merupakan pengobatan menggunakan obat antihipertensi. Meminum obat ini secara terus-menerus seringkali tidak disukai penderita hipertensi. Selain

membuat bosan, harganya relatif mahal dan tidak patuh minum obat antihipertensi secara teratur. Pengobatan *non-* farmakologis biasanya dilakukan dengan penerapan gaya hidup sehat dan melakukan terapi *foot massage*.

a. Pengobatan Farmakologi

Beberapa jenis obat anti hipertensi yang biasa diresepkan oleh dokter adalah sebagai berikut:

1. Diuretik. Obat ini digunakan untuk membantu ginjal mengeluarkan cairan dan garam yang berlebih dari dalam tubuh melalui urin.
2. *Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Inhibitor*. Digunakan untuk mencegah produksi hormon angiotensin II, karena hormon tersebut dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah.
3. *Beta Blocker*. Digunakan untuk memperlambat detak jantung dan menurunkan kekuatan kontraksi jantung sehingga aliran darah yang terpompa lebih sedikit dan tekanan darah berkurang.
4. *Calcium Channel Blocker (CCB)*. Digunakan untuk memperlambat laju kalsium yang melalui otot jantung dan yang masuk ke dinding pembuluh darah.
5. *Vasodilator*. Digunakan untuk menimbulkan relaksasi otot pembuluh darah sehingga tidak terjadi penyempitan pembuluh darah dan tekanan darah pun berkurang.

b. Pengobatan *Non-farmakologi*

Dalam pengobatan *nonfarmakologis* terbagi menjadi tiga macam, yaitu pemanfaatan tanaman herbal, melakukan aktivitas fisik, dan diet:

- 1). Penggunaan tanaman obat sebagai terapi herbal kini banyak diminati masyarakat karena selain berkhasiat, terapi herbal juga relatif murah dan tidak menimbulkan efek samping dibandingkan dengan obat berbahan kimia yaitu:
 - a. Mengkudu : Mengandung protein, mineral dan vitamin yang cukup dalam buah dan daunnya, salah satunya adalah mineral selenium bermanfaat sebagai antioksidan.
 - b. Daun Salam : memiliki kandungan minyak atsiri, tanin dan flavonoid yang berkhasiat untuk memperlancar peredaran darah.

- c. Murberi : buahnya mengandung *cyanidin*, *isoquercetin*, skarida, asam linokeat, asam astearate, asam oleat dan vitamin B1,B2 dan C. Yang dapat memperlancar peredaran darah.
 - d. Belimbing wuluh : memiliki kandungan tanin, glukosid, saponin, peroksida, sulfur, kalsium oksalat dan kalium sirat dapat mengatasi hipertensi.
- 2). Latihan Fisik atau olahraga dapat menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.
 - 3). Diet yang dianjurkan adalah diet DASH yang terdiri atas diet tinggi buah, tinggi sayur dan produk susu yang rendah lemak. Kurangi juga asupan garam sampai dengan 6 gram perhari.
 - 4). Terapi *Foot massage*. Dapat merangsang peningkatan produksi hormone endorphine yang kemudian akan menurunkan produksi dari hormone adrenalin sehingga akan menimbulkan efek relaksasi pada tubuh yang kemudian akan mengembalikan fungsi sel-sel dalam tubuh ke fungsi yang normal dan kemudian berpengaruh kepada penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi/tekanan darah tinggi.

C. Konsep Dasar *Foot massage*

1. Definisi *Foot massage*

Terapi *foot massage* adalah salah satu terapi komplementer yang saat ini digunakan untuk hipertensi. Terapi ini paling efektif untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi karena dapat menimbulkan efek relaksasi pada otot-otot yang kaku sehingga terjadi vasodilatasi yang menyebabkan tekanan darah turun secara stabil. Ardiansyah, (2018).

Foot massage merupakan salah satu terapi komplementer yang aman dan mudah diberikan dan mempunyai efek meningkatkan sirkulasi, mengeluarkan sisa metabolisme, meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien (Afianti, 2017).

2. Tujuan *Foot massage*

Foot massage bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, mengurangi kegiatan jantung dalam memompa, dan mengurangi mengerutnya dinding-dinding pembuluh nadi halus sehingga tekanan pada dinding-dinding pembuluh darah

berkurang dan aliran darah menjadi lancar sehingga tekanan darah akan menurun, mengurangi rasa nyeri dan membuat tubuh lebih rileks (Patria, 2019).

3. Indikasi *Foot massage*

Menurut Ardiansyah (2019), Indikasi untuk dilakukan pemijatan dalam penelitian ini adalah:

- a. Pasien hipertensi
- b. Mengurangi nyeri

4. Kontra Indikasi *Foot Massage*

Menurut medis dalam melakukan pemijatan ada beberapa kontra indikasi, yaitu :

- a. Adanya patah tulang terbuka.
- b. Adanya peradangan dengan ditandai adanya benjolan, panas, lecet, kemerahan, dan nyeri hebat (Ardiansyah, 2019).

5. Persiapan Pasien

- a. Mengidentifikasi pasien
- b. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan
- c. *Informed consent*
- d. Atur posisi senyaman mungkin
- e. Menjaga privasi klien

6. Prosedur Pelaksanaan.

Prosedur pelaksanaan (Ardiansyah, 2019) yaitu :

- a. Alat dan Bahan
 1. Lotion atau minyak zaitun, baby oil
 2. Handuk
 3. Stetoskop
 4. Tensi Meter.
- b. Prosedur Kerja
 1. Cuci tangan
 2. Memberikan penjelasan mengenai prosedur yang akan dilakukan
 3. Lakukan pengukuran tekanan darah sebelum *foot massage*

4. Mengatur posisi
5. Letakkan handuk dibawah kaki/tumit
6. Melumuri kedua tangan dengan minyak zaitun.

c. Langkah-langkah

- 1). Letakkan tangan kita sedikit diatas tulang kering usap secara perlahan dan tekanannya ringan menggunakan ibu jari menuju ke atas dengan satu gerakan yang tidak memutus dan kembali turun mengikuti lekuk kaki dengan menggunakan teknik *effluarge*.



- 2). Memijat dengan cara meremas telapak kaki dan punggung kaki dengan gerakan perlahan dari bagian dalam ke bagian terluar luar kaki menggunakan teknik *petrissage*.



- 3). Tangkupkan salah satu telapak tangan di punggung kaki, kemudian menggosok area telapak kaki secara keseluruhan dengan lembut dari dalam ke sisi luar kaki bagian terluar kaki kanan. Teknik ini disebut *friction*.



- 4). Pegang telapak kaki kemudian perawat menepuk dengan ringan punggung kaki dan telapak kaki dengan kedua tangan secara bergantian untuk merangsang jaringan otot dengan menggunakan teknik *tapotement*.



- 5). Rilekskan kaki dan jari kaki dengan gerakan maju, mundur atau depan belakang dan menggetarkan kaki dengan lembut menggunakan teknik *vibration*, teknik ini akan membuat efek kaki dan jari kaki menjadi rileks, tidak tegang dan dapat melancarkan sirkulasi darah.



- 6). Setelah selesai, bersihkan kaki dengan menggunakan handuk.
- 7). Lakukan pemeriksaan tekanan darah sesudah *foot massage*

Gambar 1.2 : Prosedur *Foot massage*.

7. Dampak Pengaruh Jika Tidak Dilakukan *Foot massage*

Peningkatan tekanan darah dapat diakibatkan dari stimulus internal dan eksternal serta tingkat adaptasi yang mempengaruhi mekanisme coping individu (homeostatis terganggu) dan yang berperan pada sistem limbik sehingga mempengaruhi sistem saraf otonom, dengan pemberian terapi relaksasi memberikan dampak yang sama yaitu menstimulasi respons saraf otonom melalui pengeluaran neurotransmitter endorphin yang berefek pada penurunan respons saraf simpatik dan peningkatan respons parasimpatik. Stimulasi saraf

simpatis meningkatkan aktivitas tubuh, sedangkan respons parasimpatis lebih banyak menurunkan aktivitas tubuh sehingga dapat menurunkan aktivitas metabolik yang berdampak pada fungsi jantung, tekanan darah dan pernafasan (Nazmi, 2018).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

1. Pengkajian.

a. Pengkajian Menurut Sunaryo dkk, (2015)

1). Identitas klien

Identitas klien yang dapat diambil dari penyakit hipertensi adalah nama, jenis kelamin, agama, pendidikan, terakhir diagnosis keperawatan, penanggung jawab.

2). Keluhan utama

Pada pengkajian keluhan utama ini dibagi menjadi dua yaitu, keluhan utama di catatan medis perawat dan keluhan utama saat dilakukan pengkajian. Pada pasien hipertensi keluhan utama yang dirasakan adalah sesak sakit yang terasa dibelakang pundak.

3). Riwayat penyakit sekarang

Merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan. Pada sebagian penderita tidak menimbulkan gejala, gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, kelelahan, susah tidur. Jika hipertensi sudah berat maka sampai terjadi kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal.

4). Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang perlu dikaji antara lain : apakah ada riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes melitus, penyakit ginjal obesitas, riwayat merokok, dan lain-lain.

5). Riwayat penyakit keluarga

Dikaji riwayat penyakit dalam keluarga dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan. Pada penderita hipertensi biasanya terdapat keturunan dari keluarga.

6). Pemeriksaan fisik *Head to toe*

a. Keadaan umum Observasi tanda vital meliputi suhu, nadi, pernafasan, dan tekanan darah.

- b. Kepala warna rambut, kebersihan, kerontokan rambut dan ada keluhan atau tidak.
 - c. Mata, simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis atau tidak, sklera iterik atau tidak, serta penurunan penglihatan dan penggunaan alat bantu penglihatan
 - d. Hidung, simetris kanan dan kiri, terdapat peradangan atau tidak serta penciuman terganggu atau tidak.
 - e. Mulut dan tenggorokan, simetris atas dan bawah, dilihat kebersihan, mukosa bibir serta terdapat peradangan dan dilihat keutuhan gigi.
 - f. Telinga, simetris kanan dan kiri, dilihat kebersihan telinga serta mengalami penurunan pendengaran.
 - g. Leher, dikaji ada atau tidak pembesaran vena jugularis dan pembesaran kelenjar tiroid.
 - h. Dada, dikaji simetris atau tidak, bentuk dada, serta terdapat retraksi dada atau tidak dan terdapat suara tambahan pernapasan.
 - i. Abdomen, dikaji bentuk abdomen, terdapat nyeri tekan, dan mengecek bising usus.
 - j. Genitalia
 - 1. Pria, Kebersihan, terdapat masalah prostat atau tidak, terdapat nyeri tekan atau penyakit kelamin.
 - 2. Wanita, kebersihan, mengalami pendarahan atau tidak, terdapat hemoroid atau tidak serta menopause dan terdapat penyakit kelamin atau tidak.
 - k. Ekstermitas
 - 1. Atas dan bawah, kekuatan otot, kelengkapan jari-jari, terdapat ada tidaknya edema pada tangan/kaki, serta menggunakan alat bantu atau tidak.
 - l. Integumen, turgor kulit, ada atau tidaknya lesi, perubahan warna kulit serta ada perubahan turgor kulit.
 - m. Psikososial dan spritual.
- 7). Pengkajian pola fungsional/kebiasaan
- a. Riwayat pola kesehatan

Pada pasien hipertensi bisanya ditemukan kebiasaan merokok, sering mengonsumsi makanan tinggi natrium dan lemak.

b. Pola pemenuhan nutrisi metabolik

Pola masukan makanan dan cairan, keseimbangan cairan dan elektrolit. Kaji pola makan, menu makan, dan pilihan bahan makanan.

c. Pola eliminasi

Pola fungsi pembuangan dan persepsi klien.

d. Pola aktivitas dan latihan

Apakah terjadi penurunan pola aktivitas, faktor yang mempengaruhi pergerakan klien, adakah keletihan, gaya hidup monoton.

e. Pola tidur dan istirahat

Yaitu menjelaskan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap suatu energi, jumlah tidur pada siang dan malam hari, masalah tidur yang berhubungan dengan hipertensi yang sering timbul.

f. Pola personal *hygiene* menjelaskan pola mandi dan kebersihan diri

b. Konsep Pegkajian Fungsional Gerontik

- 1). *Indeks Berhtel* merupakan pengukuran kemandiran (Sunaryo, dkk 2015).

Tabel : 1.2 *Indeks Berhtel*

No	Aktivitas	Nilai	Keterangan
1.	Mengontrol BAB	0	Inkontinesia
		1	Kadang-kadang inkontinensia
		2	Inkontinensia teratur
2.	Mengontrol BAK	0	Inkontinesia
		1	Kadang-kadang inkontinensia
		2	Inkontinensia teratur
3.	Membersihkan dorso (lap muka, sisir rambut, sikat gigi).	0	Butuh pertolongan orang lain
		1	Mandiri
4.	Toileting	0	Tergantung pertolongan orang lain
		1	Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas, tetapi beberapa aktivitas masih dapat dikerjakan sendiri.
		2	Mandiri

5.	Makan	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan orang lain Mandiri
6.	Berpindah tempat	0 1 2 3	Tidak mampu Perlu pertolongan untuk bisa duduk Bantuan minimal 2 orang Mandiri (kadang dibantu)
7.	Mobilisasi/berjalan	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa berjalan dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan orang lain. Mandiri (kadang dibantu)
8.	Berpakaian	0 1 2	Tergantung pertolongan orang lain. Sebagian dibantu Mandiri
9.	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan orang lain Mandiri
10.	Mandi	0 1	Tergantung pertolongan orang lain Mandiri
Jumlah			

Keterangan :

- a. Mandiri nilai 20
- b. Ketergantungan ringan nilai 12-19
- c. Ketergantungan sedang nilai 9-11
- d. Ketergantungan berat nilai 5-8
- e. Ketergantungan total nilai 0-4

- 2). *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)* Pengkajian ini digunakan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual yang terjadi pada lansia (Sunaryo, dkk 2015).

Tabel. 1.3 : *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor	
			+	-
1.	Tanggal berapa hari ini ?			
2.	Hari apa sekarang ?			
3.	Apa nama tempat ini?			
4.	Dimana alamat anda?			
5.	Berapa umur anda?			
6.	Kapan anda lahir ?			
7.	Siapa presiden indonesia sekarang?			
8.	Siapa presiden sebelumnya?			
9.	Siapa nama kecil ibu anda?			
10.	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun?			
Total Score				

Keterangan:

- Kesalahan 0-2 : Fungsi intelektual Utuh
- Kesalahan 3-4 : Fungsi intelektual Ringan
- Kesalahan 5-7 : Fungsi intelektual Sedang
- Kesalahan 8-10 : Fungsi intelektual Berat

3). Pengkajian *APGAR Keluarga*

Tabel. 1.4 : Pengkajian *APGAR* Keluarga

No	Fungsi	Uraian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1.	<i>Adaption</i>	Saya puas bisa kembali pada keluarga saya yang ada untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
2.	<i>Paetherenship</i>	Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya			
3.	<i>Growth</i>	Saya puas bahwa keluarga saya manarima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas			
4.	<i>Affection</i>	Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan afek dan			

		berespons terhadap emosi saya, seperti marah, sedih tau mencintai			
5.	<i>Resolve</i>	Saya puas dengan cara teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama			
Jumlah					

Penilaian :

- Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi
- Nilai : 7-10 : Fungsi keluarga Baik.
- Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang.

- 4). *Geriatric Depression Scale (GDS)* merupakan instrumen yang disusun secara khusus untuk memeriksa depresi. Instrumen ini terdiri atas 15 pertanyaan dengan jawaban YA atau TIDAK.

Tabel. 1.5 : Skala Depresi *Geriatric Yesavage*

No.	Pertanyaan	Jawaban	Skore
1.	Apakah anda sebenarnya puas dngan kehidupan anda?	Ya/Tidak	
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	Ya/Tidak	
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	Ya/Tidak	
4.	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya/Tidak	

5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Ya/Tidak	
6.	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya/Tidak	
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	Ya/Tidak	
8.	Apakah anda sering merasa tidak berbahaya?	Ya/Tidak	
9.	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?	Ya/Tidak	
10.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibanding kebanyakan orang?	Ya/Tidak	
11.	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?	Ya/Tidak	
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	Ya/Tidak	
13.	Apakah anda merasa anda penuh semangat?	Ya/Tidak	
14.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya/Tidak	
15.	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari pada anda?	Ya/Tidak	
	Total		

Keterangan :

- a. Skor 0-4 : *Not depressed* (tidak depresi/normal)
- b. Skor 5-9 : *Mild depression* (depresi ringan)
- c. Skor 10-15 : *Severe depression* (depresi sedang/berat).

2. Diagnosis Keperawatan.

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual/potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosis keperawatan untuk menuliskan masalah pasien atau perubahan status kesehatan pasien (PPNI, 2017).

Berdasarkan SDKI (2017) masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut:

- a. Nyeri (akut) kepala berhubungan dengan hambatan aliran pembuluh darah otak (D.0077).
- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan paparan informasi kurang (D.0111).
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan suplai O₂ otak menurun (D.0009).
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, seperti ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).
- e. Resiko Tinggi Penurunan curah jantung berhubungan dengan *afterload* meningkat (D.0011).
- f. Hipervolemia berhubungan dengan retensi natrium (D.0022).
- g. Resiko jatuh berhubungan dengan penglihatan ganda (diplopia) (D.0136).
- h. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan (D.0080).
- i. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2018). Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk menghilangkan, mengurangi, dan mencegah masalah keperawatan pasien. Rencana keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan, sesuai dengan diagnosis keperawatan di atas, rencana keperawatan yang disusun sebagai berikut :

Tabel: 1.6 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kreteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri (akut) (D.0077).	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik.	Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan : 1. Identifikasi karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri. lokasi, durasi, kualitas, 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri <i>non</i> verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan keyakinan dan tentang nyeri 6. Monitor efek samping 7. Monitor ttv 8. penggunaan analgetik Terapeutik : 1. Berikan teknik <i>nonfarmakologis</i> untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Teknik relaksasi

			2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. 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 <i>nonfarmakologis</i> untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Defisit pengetahuan (D.0111).	Tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan Kriteria Hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat	Edukasi Kesehatan (I.2383) Tindakan 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

		2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.	Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
3.	Resiko perfusi Jaringan (D.0009).	Perfusi perifer meningkat (L.02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah gangguan perfusi jaringan diharapkan membaik dan menurun dan teratasi dengan Kriteria Hasil:	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Tindakan 1. Periksa sirkulasi perifer(mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)

		1. sakit kepala cukup menurun 2. tekanan darah sistolik cukup membaik 3. tekanan darah diastolic cukup membaik meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. otot menurun 9. Pengisian kapiler membaik 10. Akral membaik 11. Turgor kulit membaik 12. Tekanan darah sistolik membaik 13. Tekanan darah diastolic membaik	2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera Edukasi 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
--	--	--	---

			5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. 8. Melembabkan kulit kering pada kaki) 9. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 10. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega3) 11. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
4.	Intoleransi aktivitas (D.0056).	Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah intoleransi aktivitas diharapkan meningkat dengan Kriteria Hasil:: 1. Frekuensi nadi menurun 2. Keluhan Lelah menurun	Manajemen Energi (I.05178) Tindakan 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

		3. Dispnea saat aktivitas menurun 4. Dispnea setelah aktivitas menurun 5. Perasaan lemah menurun	Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 4. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
5.	Resiko tinggi Penurunan curah jantung (D.0011).	Curah Jantung Meningkat (L.02008). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah resiko penurunan curah	Perawatan jantung (I.02075). Tindakan

		jantung diharapkan meningkat dan teratasi dengan Kriteria Hasil: - Kekuatan nadi perifer meningkat - Palpitasi menurun - Brakikardia menurun - Takikardia menurun - Gambaran EKG aritmia menurun - Lelah menurun - Edema menurun - Dipsnea menurun - Oliguria menurun - Sianosis menurun - Batuk menurun - Tekanan darah cukup membaik	- Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, <i>hepatomegaly</i>, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) - Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) - Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan - Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama - Monitor saturasi oksigen - Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) - Monitor EKG 12 sadapan - Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) - Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) - Monitor fungsi alat pacu jantung
--	--	--	--

			12. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 13. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: <i>beta blocker</i>, <i>ACE Inhibitor</i>, <i>calcium channel blocker</i>, <i>digoksin</i>) Terapeutik 1. Posisikan pasien semi-<i>fowler</i> atau <i>fowler</i> dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 3. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 6. Berikan dukungan emosional dan spiritual 7. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%
--	--	--	---

			Edukasi 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian 5. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan harian. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu Rujuk ke program rehabilitasi jantung.
6.	Hipervolemia (D.0022).	Keseimbangan Cairan Meningkat (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dan teratasi dengan kriteria hasil : a. Kekuatan nadi meningkat b. Turgor kulit meningkat c. <i>Output</i> urine meningkat	Manajemen Hipovolemia (I.03114) Tindakan 1. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan. Terapeutik

		d. Dispnea menurun e. Edema perifer meningkat f. Frekuensi nadi membaik g. Tekanan darah h. Membaik	1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi semi <i>fowler</i> 3. Berikan asupan cairan oral. Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. Nacl, RL). 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, Nacl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate). 4. Kolaborasi pemberian produk darah
7.	Resiko Cedera (D.0136).	Tingkat Cedera Menurun (L.14136). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan cedera yang diamati atau dilaporkan menurun dan teratasi dengan kriteria hasil :	Manajemen Keselamatan Lingkungan (I14513). Tindakan 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan Terapeutik: 1. Hilangkan bahaya keselamatan, Jika memungkinkan

		a. Kejadian cedera menurun b. Luka/lecet menurun c. Perdarahan menurun.	2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko 3. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Pegangan tangan) Gunakan perangkat pelindung (mis. Rel samping, pintu terkunci, pagar) Edukasi 1. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan.
8.	Ansietas (D.0080).	Tingkat Ansietas Menurun (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dan teratasi dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik	Reduksi Ansietas (I.09314) Tindakan 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan <i>nonverbal</i>) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas

		6. Pola tidur membaik	4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang. Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih Teknik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
--	--	------------------------------	---

9.	Gangguan Pola Tidur (D.0055) .	Pola Tidur Membaik (I.05045) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah gangguan pola tidur diharapkan membaik dan teratasi dengan indikator: Keluhan sulit tidur 1. Keluhan sering terjaga membaik 2. Keluhan tidak puas tidur membaik 3. keluhan pola tidur berubah membaik 4. Keluhan istirahat tidak cukup membaik	Dukungan Tidur (I.05174) Tindakan 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis kopi,the,alcohol,makan mendekati waktu tidur ,minum banyak air waktu tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi Terapeutik 1. Modifikasi Lingkungan (misnya pencahayaan ,kebisingan suhu,matras dan tempat tidur). 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
----	---------------------------------------	---	--

			3. Anjurkan menghindari makanan /minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis psikologis,gaya hidup,sering berubah shift bekerja.
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana keperawatan. Implementasi mencakup penyesuaian tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah diberikan sebelumnya dan menilai pencapaian atau kemajuan dari kriteria hasil pada diagnosis keperawatan (Hidayat, 2013 dalam Risnawati, dkk 2023).

Dalam implementasi rencana tindakan keperawatan pada lansia dengan hipertensi adalah mengkaji keadaan klien dan melibatkan klien serta keluarga dalam penerapan *foot massage* yang bertujuan untuk membantu menurunkan tekanan darah dan membantu keluarga dalam memberikan asuhan kepada klien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah salah satu tahapan akhir dari rangkaian proses asuhan keperawatan dan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan sudah berhasil dicapai, Risnawati, dkk (2023). Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien, macam-macam evaluasi :

a. Evaluasi proses (formatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

b. Evaluasi hasil (sumatif SOAP)

Kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan, ditulis pada catatan perkembangan.

Hasil yang diharapkan pada pasien lansia setelah dilakukan tindakan keperawatan *foot massage* (pijat kaki) hasil pemeriksaan tekan darah menurun dengan tehnik *non farmakologi*. Tindakan selanjutnya mengobservasi keluhan klien dan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien.