BAB II
TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori Penyakit Hipertensi

1. Definisi

Istilah hipertensi berasal dari bahasa Inggris *"hypertension*", yang secara etimologis merupakan gabungan dari kata Yunani *"hyper"* berarti berlebihan atau di atas normal dan Latin *"te*nsion*"* berarti tekanan atau tegangan. Istilah ini secara luas digunakan untuk merujuk pada kondisi tekanan darah tinggi yang dalam bahasa Inggris juga dikenal sebagai *"high blood pressure"* (Nasrowi, 2021).

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah dalam arteri secara persisten yang melebihi batas normal dalam jangka waktu tertentu. Kondisi ini umumnya dipicu oleh konstriksi arteriol yang meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer, sehingga aliran darah menjadi lebih sulit dan gaya dorong terhadap dinding arteri meningkat. Hipertensi umumnya bersifat asimtomatik pada tahap awal, sehingga sering dijuluki sebagai *"the silent killer"* dan jika dibiarkan dapat menimbulkan komplikasi kerusakan organ penting, seperti jantung, otak dan ginjal yang dapat berujung fatal jika tidak segera diperiksa dan diobati (WHO, 2025).

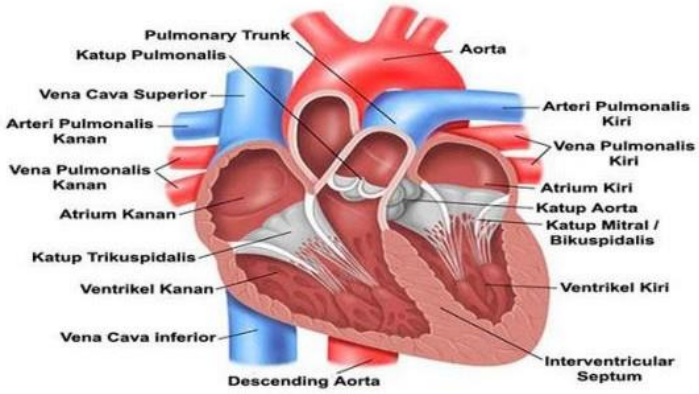
Secara klinis, hipertensi ditetapkan ketika hasil pengukuran tekanan darah pada dua kali kesempatan atau lebih menunjukkan nilai sistolik ≥140 mmHg menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan diastolik ≥90 mmHg menunjukkan darah yang kembali ke jantung dalam keadaan istirahat (Kemenkes RI, 2022).

Berdasarkan definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah suatu kondisi peningkatan tekanan darah individu diatas normal yang apabila tidak mendapat penatalaksanaan yang baik akan menimbulkan komplikasi fatal.

2. Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskuler

Sistem kardiovaskular berfungsi untuk menyuplai darah ke seluruh tubuh untuk mengangkut oksigen, nutrisi, hormon, serta sisa metabolisme dan CO2. Kecepatan dan volume aliran darah disesuaikan secara dinamis

terhadap kebutuhan tubuh melalui regulasi saraf, hormonal, dan aktivitas metabolik jaringan (Artharini, 2024).



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskuler (Ramadhani & Widyaningrum, 2022; Utami, 2023)

Sistem kardiovaskuler terdiri dari organ jantung, pembuluh darah arteri, vena, dan kapiler. Jantung terletak di rongga mediastinum (tengah rongga dada/toraks), di antara kedua paru-paru, dengan ujung apeks sedikit condong ke kiri. Organ jantung terbagi menjadi dua atrium (serambi) sebagai ruang atas yang menerima darah dan 2 ventrikel (bilik) sebagai ruang bawah yang memompa darah keluar. Aliran darah berjalan dengan satu arah dengan peran katup jantung yang menutup otomatis saat tekanan ruang berubah. Katup jantung terdiri dari katup trikuspidalis, mitral, aorta, dan pulmonal.

a. Katup Trikuspidalis untuk mencegah kembalinya aliran darah ke atrium kanan.
b. Katup Mitral untuk mengatur aliran darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri. Mitral terletak diantara atrium kiri dan ventrikel kiri.
c. Saat ventrikel kiri berkontraksi, katup aorta akan membuka sehingga darah mengalir ke seluruh tubuh.
d. Pulmonal untuk mengalirkan darah dari ventrikel kanan melalui traktus pulmonalis setelah katup trikuspidalis tertutup.

Jantung memiliki peran sebagai pompa ganda dengan dua sirkuit terpisah, yaitu sirkulasi pulmoner yang memompa darah ke paru-paru untuk oksigenasi dan sirkulasi sistemik yang memompa darah ke seluruh jaringan tubuh.

a. Arteri

Arteri adalah pembuluh darah yang membawa darah menjauh dari jantung menuju jaringan perifer. Dindingnya tebal, elastis, dan berotot polos untuk menahan tekanan tinggi serta membantu mempertahankan aliran darah saat jantung berelaksasi. Sebagian besar arteri mengangkut darah kaya oksigen, kecuali arteri pulmonalis yang membawa darah rendah oksigen ke paru-paru. Arteri bercabang menjadi arteriol yang berperan mengatur distribusi dan volume darah ke setiap daerah tubuh.

b. Vena

Vena adalah pembuluh darah yang mengembalikan darah dari jaringan tubuh kembali ke jantung. Dindingnya lebih tipis dan kurang elastis dibanding arteri, serta dilengkapi katup satu arah yang mencegah darah mengalir mundur, terutama saat melawan gravitasi. Mayoritas vena membawa darah rendah karbon dioksida dan rendah oksigen, kecuali vena pulmonalis yang mengembalikan darah segar dari paru ke atrium kiri. Selain sebagai jalur balik, vena juga berfungsi sebagai reservoir darah yang kapasitasnya dapat menyesuaikan kebutuhan sirkulasi.

c. Kapiler

Kapiler adalah pembuluh darah mikroskopis berdinding sangat tipis (hanya satu lapis sel endotel) yang menghubungkan arteriol dan venula. Struktur dinding yang tipis ini memungkinkan pertukaran cepat antara darah dan jaringan, termasuk oksigen, nutrisi, hormon, serta karbon dioksida dan zat sisa metabolik. Kapiler tersebar membentuk jaringan halus di hampir seluruh jaringan tubuh untuk memastikan setiap sel mendapat suplai yang memadai. Aliran darah di kapiler berjalan sangat lambat, memberikan waktu optimal bagi proses difusi dan transport zat.

Sirkulasi darah diawali oleh mekanisme sirkulasi pulmoner (sirkulasi kecil) yang berpusat pada sisi kanan jantung. Darah dengan kadar oksigen rendah dan kaya karbondioksida ($CO2$) dari seluruh tubuh masuk ke atrium kanan, kemudian mengalir melalui katup trikuspid ke ventrikel kanan. Saat ventrikel kanan berkontraksi, darah dipompa keluar melalui katup pulmonal

menuju arteri pulmonalis untuk dibawa ke paru-paru. Di dalam paru-paru, terjadi proses pertukaran gas vital (oksigenasi) di mana darah melepaskan CO_2 dan mengikat oksigen. Setelah menjadi darah bersih yang kaya oksigen, darah kembali ke jantung melalui vena pulmonalis dan masuk ke atrium kiri, menandakan selesainya sirkulasi pulmoner dan siap memasuki tahap distribusi ke seluruh tubuh.

Selanjutnya, darah yang kaya oksigen dari atrium kiri mengalir melalui katup mitral (bikuspida) menuju ventrikel kiri, ruang pompa utama dengan dinding otot paling tebal. Kontraksi kuat ventrikel kiri memompa darah melalui katup aorta ke dalam aorta, pembuluh nadi terbesar yang mendistribusikan darah ke seluruh jaringan tubuh melalui sirkulasi sistemik. Di tingkat jaringan, pembuluh arteri bercabang menjadi kapiler yang sangat halus, memungkinkan terjadinya difusi oksigen dan nutrisi ke dalam sel, serta pengambilan sisa metabolisme dan CO_2 dari sel ke dalam darah.

Setelah pertukaran zat selesai, darah yang kini rendah oksigen dikumpulkan oleh venula dan dialirkan ke pembuluh vena yang lebih besar, akhirnya masuk ke vena cava superior dan inferior untuk kembali ke atrium kanan jantung, sehingga siklus sirkulasi dapat berulang secara terus-menerus (Khusniyati, 2025).

3. Etiologi

Penyebab hipertensi secara umum terbagi menjadi dua kelompok yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan yang dapat diubah (Suryaningsih dkk., 2022).

a. Faktor penyebab yang tidak dapat diubah

1) Umur termasuk salah satu faktor yang dapat menyebabkan hipertensi. Penuaan menyebabkan elastisitas dinding aorta dan pembuluh darah menurun, peningkatan kekakuan dan penebalan pada katup jantung, serta meningkatnya resistensi menyebabkan pembentukan aterosklerosis. Hal ini menurunkan relaksasi otot polos sehingga menyebabkan hipertensi.
2) Jenis kelamin dapat menjadi salah satu faktor resiko hipertensi, wanita akan lebih beresiko daripada laki laki ketika sudah melewati fase monopause. Hal ini dikarenakan hormon ekstrogen pada wanita

akan berkurang secara perlahan. Namun laki laki juga beresiko jika terbiasa melakukan pola hidup yang tidak sehat.

3) Individu yang memiliki keturunan sebelumnya terkena hipertensi akan mempunyai resiko lebih tinggi, dikarenakan peningkatan kadar sodium intraseluler yang mengakibatkan kadar potasium menurun dalam tubuh.

b. Faktor yang bisa diubah

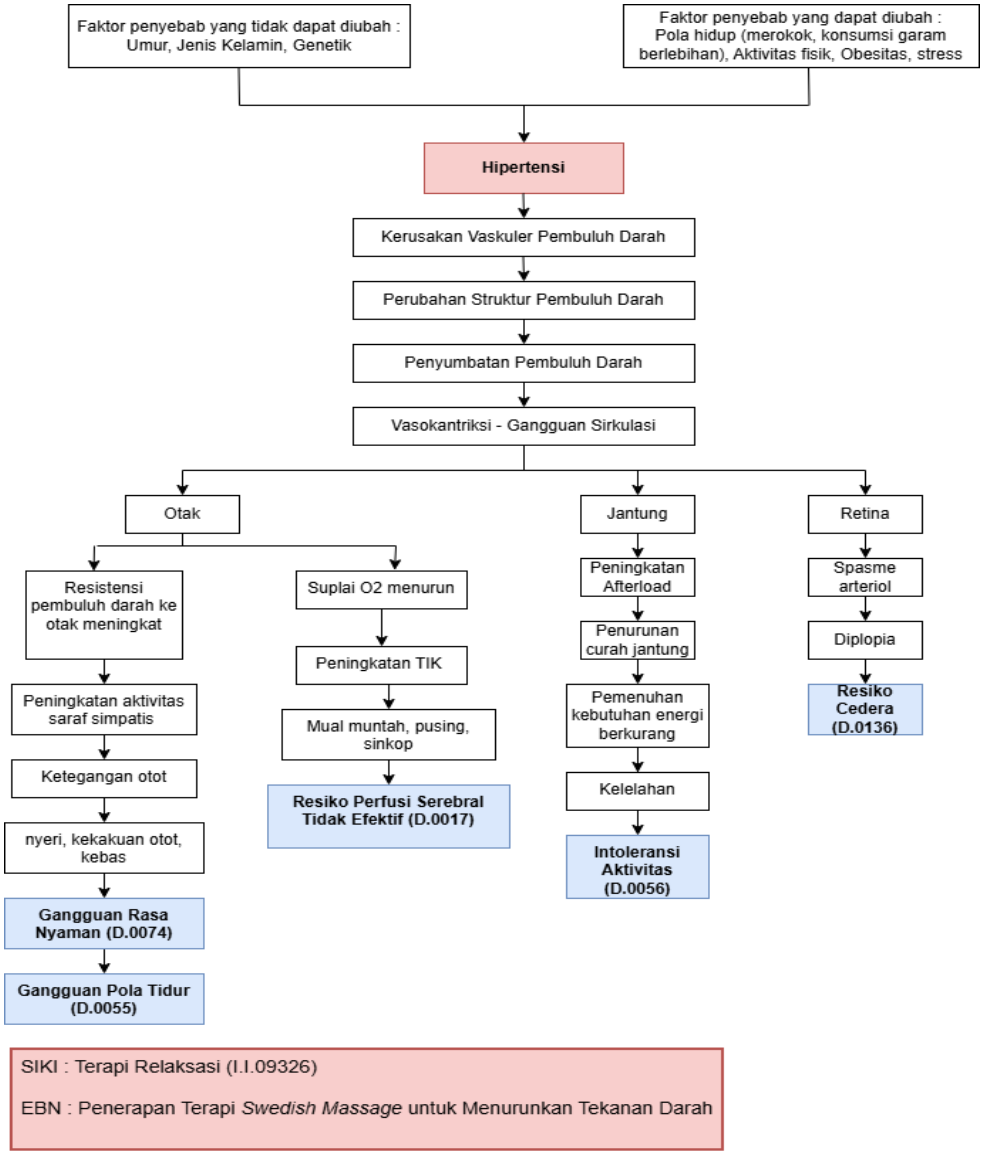
1) Pola hidup merokok merupakan salah satu faktor yang menyebabkan hipertensi. Kandungan yang dimiliki oleh rokok adalah nikotin dan karbon monoksida yang menyebabkan kerusakan pada jaringan endotel di pembuluh darah sehingga mengakibatkan aterosklerosis berupa penyempitan pembuluh darah yang menyebabkan hipertensi.
2) Individu yang mengalami proses penuaan, hal ini menyebabkan menurunnya fisiologi tubuh yang mengakibatkan kurang melakukan aktivitas fisik. Kurangnya dalam beraktivitas fisik menyebabkan kekakuan pada pembuluh darah dan penumpukan darah pada kaki yang disebabkan tidak maksimalnya venous return, hal ini dapat menyebabkan hipertensi.
3) Individu yang mengalami berat badan berlebih atau obesitas akan mengakibatkan peningkatan curah jantung dan sirkulasi pembuluh darah. Hal ini dikarenakan timbunan lemak yang mempersempit aliran pembuluh darah sehingga dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi.
4) Konsumsi garam dengan berlebihan akan menyebabkan natrium diserap oleh pembuluh darah sehingga terjadi retensi air yang berakibat meningkatnya volume pembuluh darah. WHO (2023) merekomendasikan pola konsumsi garam yang dapat mengurangi risiko terjadinya hipertensi dengan anjuran konsumsi garam perhari sebanyak 6 gram. Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat.
5) Peningkatan umur seseorang erat kaitannya dengan meningkatnya tingkat stres pada orang tersebut. Stres memicu pelepasan hormon adrenalin yang menyebabkan meningkatnya tekanan darah dan denyut jantung. Peningkatan tekanan darah diakibatkan adanya

kontraksi arteri (vasokonstriksi), jika hal ini terjadi dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan hipertensi.

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang sering terjadi pada pasien hipertensi, yaitu tekanan darah meningkat melebihi batas normal (≥140/90 mmHg) disertai keluhan pusing, sakit kepala, nyeri dibagian tengkuk atau leher, mengalami gangguan pola tidur, telinga berdering, jantung berdebar-debar, penglihatan kabur dan mudah lelah saat melakukan aktivitas (Khusniyati, 2025).

5. Pathway



Gambar 2.2 Pathway (Artharini, 2024; PPNI, 2019)

6. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol kontraksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla dari otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia spinalis simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan melepaskan norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah.Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap vasokonstriksi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emisi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokontriksi. Vasokontriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin, yang merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II. Suatu vasokontriksi yang dapat merangsang sekresi aldosterone oleh korteks adrenal. Hormone yang menyebabkan retensi natrium yang menyebabkan peningkatan intravaskuler.

Aldosteron yang disekresikan oleh sel-sel zona glomerulosa pada korteks adrenal, adalah suatu regulator penting bagi reabsorpsi natrium (Na+) dan sekresi kalium (K+) oleh tubulus ginjal. Tempat kerja utama aldosterone adalah pada sel-sel principal di tubulus koligentes kortikalis.

Pada lanjut usia peningkatan tekanan darah di dalam arteri bisa terjadi karena jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan. Terjadi penebalan dan kekakuan pada dinding arteri, sehingga arteri tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi dapat menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat

kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh. Volume darah dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat (Artharini, 2024).

7. Klasifikasi

Hipertensi diklasifikasikan berdasarkan tekanan darah dan penyebabnya. Klasifikasi tingkatan hipertensi menurut *American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC/AHA) sebagai berikut.

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre Hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi Tingkat 2	160-179	>100
Hipertensi krisis	>180	>100

(Artharini, 2024)

8. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Kemenkes RI (2022), pemeriksaan penunjang pada pasien dengan hipertensi, yaitu pemeriksaan fisik, pengukuran tekanan darah atau tanda-tanda vital, pemeriksaan laboratorium, elektrokardiografi, rontgen thoraks, USG ginjal dan CT Scan.

a. Kaji keadaan umum dan tanda-tanda vital, yaitu tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi nafas (takipnea sebagai salah satu tanda gejala gagal jantung) serta antropometri pasien karena obesitas dapat menyebabkan penyempitan aliran pembuluh darah sehingga mengakibatkan tekanan darah meningkat. Saat dilakukan pengukuran tekanan darah dan didapatkan hasil pada dua kali kesempatan atau lebih menunjukkan nilai sistolik ≥140 mmHg dan diastolik ≥90 mmHg maka individu terdiagnosis penyakit hipertensi.
b. Pemeriksaan Laboratorium yang dapat dilakukan pada penderita hipertensi meliputi meliputi pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit untuk melihat vaskositas serta indikator faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas dan anemia.
c. Pemeriksaan elektrokardiografi digunakan untuk mengetahui dan mendeteksi risiko komplikasi kardiovaskuler pada penderita hipertensi seperti infark miokard akut atau gagal jantung.

d. Rontgen thoraks digunakan untuk menilai adanya kalsifikasi obstruktif katup jantung, deposit kalsium pada aorta, dan pembesaran jantung.
e. USG ginjal digunakan untuk melihat adanya kelainan pada ginjal, misalnya batu ginjal atau kista ginjal. USG ginjal juga digunakan untuk mengetahui aliran darah ke ginjal melalui pembuluh darah dan arteri ginjal.
f. CT scan kepala dapat digunakan untuk mengetahui kondisi pembuluh darah ke otak karena pada penderita hipertensi terdapat kemungkinan terjadi penyumbatan pembuluh darah sehingga otak tidak bisa menerima pasokan darah dan udara. Apabila pembuluh darah pecah atau tidak mampu memberikan suplai darah dan oksigen ke otak dapat terjadi stroke.

9. Penatalaksanaan

Penataaksanaan pada pasien dengan hipertensi terdiri dari dua bagian yaitu penatalaksanaan secara farmakologis dan non-farmakologis (Saputra, 2023).

a. Penatalaksanaan secara farmakologis untuk pasien hipertensi yaitu pemberian obat antihipertensi yang bertujuan untuk mengontrol tekanan darah dan mencegah terjadinya komplikasi hipertensi. Adapun jenis obat antihipertensi yang sering digunakan antara lain penghambat adrenergic, vasodilator, antagonis kalsium, angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-Inhibitor), diuretic thiazide, angiotensin-II-blocker
b. Penatalaksanaan secara non-farmakologis berperan penting dalam pengelolaan hipertensi serta meningkatkan kesehatan kardiovaskuler pada umumnya.
    1) Pasien hipertensi yang kelebihan berat badan sangat dianjurkan untuk menurunkan berat badannya setidaknya 5% dari berat badan awal. Strategi ini dapat dioptimalkan dengan menerapkan pola makan yang sehat berupa diet kaya buah-buahan, sayuran, dan produk susu rendah lemak serta mengurangi lemak jenuh dan lemak total. Selain itu, membatasi konsumsi natrium atau garam sangat dianjurkan pula karena asupan garam berlebihan berkaitan erat dengan peningkatan resiko stroke dan penyakit kardiovaskular.

2) Edukasi pentingnya melakukan perubahan pola hidup untuk berhenti merokok karena dapat membantu melancarkan sirkulasi darah dan mencegah peningkatan tekanan darah mendadak akibat penyempitan pembuluh darah, istirahat yang cukup dan tidur berkualitas berperan penting dalam menstabilkan sistem saraf serta menurunkan hormon stres, sehingga tekanan darah dapat terkontrol, serta melakukan aktivitas fisik ringan yang teratur seperti jalan kaki atau senam lansia. Hal ini dapat meningkatkan kesehatan jantung dan membantu menurunkan tekanan darah tinggi secara alami dan berkelanjutan.
3) Penerapan terapi sentuhan *massage* pada tubuh dengan tujuan meningkatkan sirkulasi darah, merangsang aktivasi sistem parasimpatis dan meningkatkan pelepasan hormon endorphin, sehingga mengurangi detak jantung, tekanan darah dan laju pernapasan, serta tingkat stress menurun dan meningkatkan relaksasi pada individu.

10. Komplikasi

Penyakit hipertensi jika dalam waktu jangka panjang tidak mendapatkan penatalaksanaan dengan baik, maka akan mengakibatkan terjadinya komplikasi diantaranya Stroke, Infark Miokard dan Gagal Ginjal Kronik dan Gangguan Penglihatan (Artharini, 2024).

a. Stroke

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan stroke melalui perdarahan otak, peningkatan tekanan intrakranial, atau embolus dari pembuluh darah lain. Pada hipertensi kronis, penebalan dinding arteri otak mengurangi aliran darah ke jaringan otak sehingga memicu stroke.

b. Infark Miokard

Infark Miokard dapat terjadi apabila arteri koroner mengalami aterosklerosis atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah yang melalui pembuluh darah tersebut, sehingga miokardium tidak mendapatkan suplai oksigen yang cukup. Kebutuhan oksigen miokardium yang tidak terpenuhi menyebabkan terjadinya iskemia jantung, yang pada akhirnya dapat menjadi infark.

c. Gagal Ginjal Kronik

Tekanan darah yang tinggi secara terus-menerus dapat merusak kapiler dan glomerulus di ginjal secara bertahap. Kerusakan pada struktur penyaring ini mengganggu kemampuan ginjal dalam menyaring darah, membuang zat sisa metabolisme, dan mempertahankan keseimbangan cairan-elektrolit. Akibatnya, fungsi ginjal menurun secara progresif hingga berkembang menjadi penyakit ginjal kronik.

d. Gangguan Penglihatan

Komplikasi hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah retina, yang dapat mengakibatkan gangguan penglihatan hingga kebutaan.

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan Terapi *Swedish Massage*

1. Definisi

Terapi *Swedish Massage* merupakan teknik pijat yang berasal dari swedia sebagai salah satu bentuk terapi non-farmakologis yang dapat memicu respons relaksasi dan membantu menurunkan tekanan darah. Tujuannya untuk merelaksasi otot-otot yang tegang, meningkatkan energi, dan memberikan efek relaksasi. Mekanisme kerja terapi ini, yaitu memanipulasi jaringan lunak pada seluruh tubuh melalui lima teknik dasar gerakan antara lain teknik sentuhan *(effleurage)*, remasan *(petrissage)*, usapan *(friction)*, getaran *(vibration)* dan tepukan *(tapotement)* (Cornelia dkk., 2023).

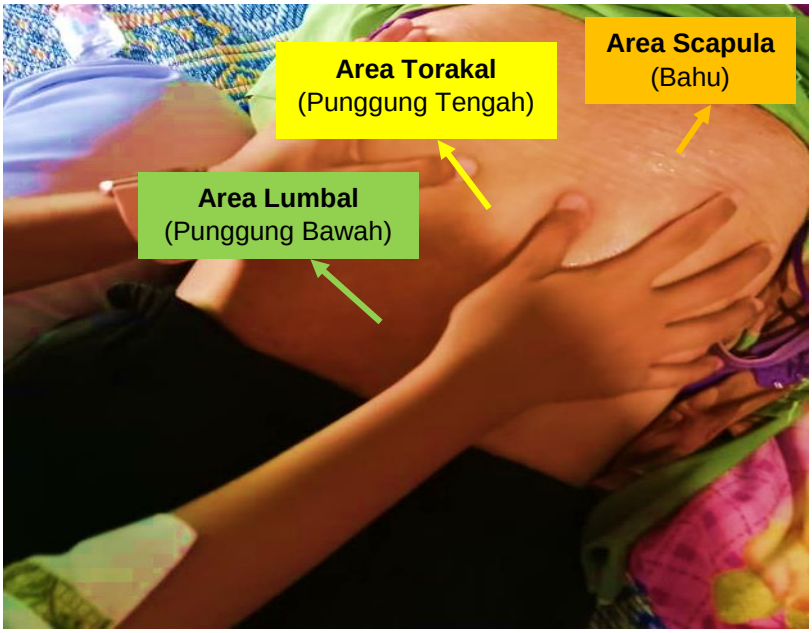
2. Manfaat

Teknik dasar terapi *Swedish Massage* memberikan masing-masing manfaat untuk merileksasikan sistem saraf, mengembalikan posisi serabut otot, melancarkan sirkulasi darah serta limfe, menjadikan otot lebih rileks, mengurangi sel-sel yang mengalami penggumpalan serta untuk meringankan nyeri otot. Gerakan terapi ini dapat meningkatkan sirkulasi pembuluh darah lokal dan kapiler yang dapat memperlancar peredaran darah, merangsang saraf parasimpatis, menurunkan denyut jantung sehingga tekanan darah menurun (Faramadina, 2025).

3. Panduan Penerapan Terapi *Swedish Massage*

Terapi *Swedish Massage* diterapkan dengan 5 teknik dasar, yaitu sentuhan *(effleurage)*, remasan *(petrissage)*, tekanan *(friction)*, getaran *(vibration)* dan tepukan *(tapotement)* (Cornelia dkk., 2023).

a. Teknik sentuhan *(effleurage)* menggunakan seluruh telapak tangan pada area punggung (regio torakal dan lumbal) dengan tekanan lembut dari area lumbal ke arah bahu (scapula) tanpa terputus. Setelah mencapai bahu, tangan memisah ke arah lateral dan meluncur kembali ke sisi tubuh. Gerakan distal ke proksimal ini diulang 3-6 kali untuk merelaksasi sistem saraf.



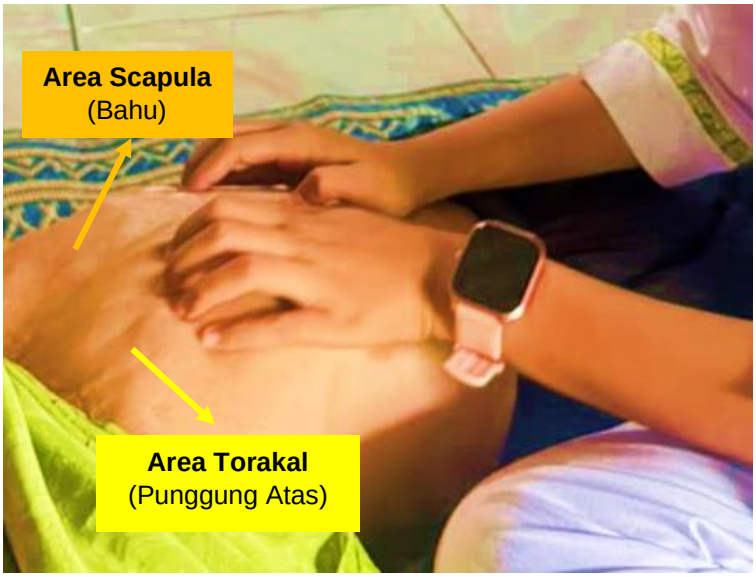
Gambar 2.3 Teknik sentuhan *(effleurage)* pada area punggung regio torakal dan lumbal

b. Teknik remasan *(petrissage)* menggunakan empat jari merapat berhadapan dengan ibu jari yang selalu lurus. Pada penerapan ini, teknik difokuskan pada area lumbal (punggung bawah) di mana otot berada di dalam lengkungan telapak tangan. Gerakan memijat dan meremas dilakukan dengan sedikit tarikan ke atas untuk menurunkan ketegangan otot. Pijatan diulang pada kelompok otot di area lumbal ini beberapa kali hingga otot lansia terasa rileks.



Gambar 2.4 Teknik remasan *(petrissage)* pada area lumbal

c. Teknik tekanan *(friction)* menggunakan ujung tiga jari (telunjuk, tengah, dan manis) yang merapat, ibu jari, atau pangkal telapak tangan dengan gerakan memutar searah atau berlawanan jarum jam. Pada penerapan ini, teknik difokuskan pada area punggung atas (torakal) dan sekitar bahu (scapula) untuk menghancurkan penumpukan sisa metabolisme di dalam otot sekaligus melancarkan peredaran darah lokal. Pijatan diulang beberapa kali pada titik fokus hingga otot terasa rileks.



Gambar 2.5 Teknik tekanan *(friction)* pada area punggung torakal dan scapula

d. Teknik getaran *(vibration)* menggunakan telapak tangan dengan jari-jari dilebarkan untuk memberikan getaran pada permukaan kulit. Pada penerapan ini, teknik difokuskan pada area punggung (torakal dan lumbal) dengan cara menggoyangkan lembut untuk menenangkan saraf yang tegang.



Gambar 2.6 Teknik getaran *(vibration)* pada area punggung regio torakal dan lumbal

e. Teknik tepukan *(tapotement)* menggunakan telapak tangan yang ditangkupkan dengan jari-jari dan ibu jari berdekatan. Pada penerapan ini, teknik difokuskan pada area punggung (torakal dan lumbal) di kedua sisi tulang belakang. Gerakan tepukan ringan ini bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah, mendorong pembuangan zat sisa metabolisme, serta meringankan nyeri otot. Lakukan gerakan ini beberapa kali dengan durasi <30 detik pada tiap area pijat.



Gambar 2.7 Teknik tepukan *(tapotement)* punggung regio torakal dan lumbal

Konsep Teori Lansia

1. Definisi

Lanjut usia atau biasa disebut dengan istilah “lansia” merupakan seseorang yang telah mencapai tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia yang ditandai dengan usia 60 tahun ke atas. Dalam keperawatan gerontik, lansia dianggap sebagai kelompok yang mengalami berbagai perubahan kompleks, baik dari segi fisik, psikologis, maupun sosial. Perubahan ini mencakup penurunan fungsi fisiologis, seperti penurunan kekuatan otot, penurunan kapasitas organ, dan penurunan sistem kekebalan tubuh. Di sisi psikologis, lansia juga mungkin mengalami perubahan dalam kognitif, seperti memori, pemrosesan informasi serta kesulitan emosional, seperti adaptasi terhadap kehilangan (Asharani dkk., 2022).

2. Batasan Usia

Menurut WHO dalam (Asharani dkk., 2022) batasan usia lansia, meliputi :

a. Usia 45-59 tahun : Usia pertengahan *(middle age)*
b. Usia 60-74 tahun : Lanjut usia *(elderly)*
c. Usia 75-90 tahun : Lanjut usia tua *(old)*
d. Usia diatas 90 tahun : Usia sangat tua *(very old)*

3. Perubahan Pada Lansia

Seiring bertambahnya usia, lansia mengalami serangkaian perubahan yang mencakup aspek fisik, mental, maupun psikososial (Astuti dkk., 2023).

Secara fisik, perubahan bermula dari tingkat sel, dimana jumlah sel cenderung berkurang, ukurannya membesar, serta cairan intraseluler dan kadar hemoglobin dalam tubuh mengalami penurunan. Perubahan ini kemudian berlanjut pada sistem kardiovaskular yang efisiensinya semakin berkurang seiring proses penuaan. Pada jantung, kekuatan otot melemah, nodus sinoatrial yang mengatur irama listrik jantung menjadi kurang optimal, dan katup jantung menebal serta menjadi kaku. Akibatnya, pembuluh darah juga turut terdampak, dindingnya menjadi lebih kaku dan kurang elastis, kapiler menebal sehingga memperlambat pertukaran nutrisi dan zat sisa metabolisme, serta tekanan darah cenderung meningkat.

Di sisi lain, volume darah yang dipompa jantung berkurang, aktivitas sumsum tulang menurun, dan produksi sel darah merah serta hemoglobin ikut berkurang, sehingga sirkulasi oksigen ke seluruh tubuh menjadi kurang

optimal. Selain itu, fungsi sistem pernapasan juga mengalami penurunan secara bertahap. Meskipun tubuh lansia umumnya mampu mengkompensasi perubahan ini, struktur paru-paru dan saluran napas yang berubah mempengaruhi aliran udara serta pertukaran gas di tingkat alveolus.

Sistem muskuloskeletal mengalami penurunan massa otot dan kepadatan tulang, yang sering kali diperparah oleh defisiensi estrogen dan rendahnya kadar kalsium. Kondisi ini memicu osteoporosis, sehingga tulang menjadi rapuh dan rentan patah, sementara sendi kehilangan kelenturan dan kekuatan otot menurun, yang akhirnya membatasi kemampuan fungsional lansia dalam beraktivitas. Kemudian, sistem integumen juga menunjukkan tanda-tanda penuaan yang jelas. Kulit kehilangan elastisitas, menipis, dan menjadi kering hingga memicu kerutan serta munculnya bintik usia atau *age spots*. Selain itu, rambut mulai menipis, beruban, atau rontok, sementara fungsi kulit sebagai pelindung pembuluh darah di bawahnya juga melemah.

Perubahan fisik juga terlihat pada sistem pencernaan, genitourinaria, saraf, dan sensorik. Pada saluran cerna, gerakan peristaltik melambat dan refleks menelan melemah, sehingga meningkatkan risiko aspirasi serta membuat lansia cepat merasa kenyang meskipun hanya mengonsumsi makanan dalam porsi kecil. Penurunan produksi asam lambung juga mengganggu penyerapan zat besi, vitamin B, dan protein. Di sistem genitourinaria, aliran darah dan massa ginjal berkurang, namun fungsi umumnya tetap berjalan normal selama tidak disertai penyakit. Namun, kapasitas kandung kemih menurun, yang menyebabkan frekuensi buang air kecil meningkat, sering terbangun malam hari untuk berkemih (nokturia), hingga berpotensi memicu infeksi atau inkontinensia.

Sementara itu, sistem saraf mengalami perlambatan waktu reaksi, gangguan keseimbangan, serta perubahan pola tidur dan kognisi, yang semuanya berpengaruh langsung pada kemandirian lansia dalam aktivitas sehari-hari. Perubahan ini semakin kompleks dengan adanya penurunan fungsi sensorik, yaitu mata sulit beradaptasi dengan kondisi gelap-terang, pupil menyempit, lensa menebal, dan produksi air mata berkurang, sehingga penglihatan malam hari memburuk dan risiko jatuh meningkat. Pendengaran juga menurun, terutama terhadap suara bernada tinggi akibat penumpukan serumen yang mengeras. Sensorik pengecap dan peraba pun berkurang

sensitivitasnya terhadap rasa serta suhu atau nyeri ringan, yang semakin mempengaruhi keamanan dan kenyamanan lansia dalam menjalani *Activity Daily Living* (ADL).

Lansia juga mengalami perubahan mental, yaitu sikap yang cenderung menjadi lebih egosentris, mudah curiga, atau bahkan lebih berhati-hati dalam hal kepemilikan. Hal ini dipengaruhi oleh kombinasi faktor fisik, kondisi kesehatan secara umum, tingkat pendidikan, latar belakang keturunan, serta lingkungan tempat tinggal.

Secara psikososial, masa pensiun seringkali menjadi titik balik yang menggeser identitas dan rasa produktif lansia, terutama karena peran diri sebelumnya sangat terkait dengan dunia kerja. Lansia juga mulai lebih sadar akan keterbatasan usia dan kematian, mengalami perubahan gaya hidup, serta menghadapi tekanan ekonomi akibat berhenti bekerja atau penyakit kronis yang menyertai. Perubahan-perubahan ini menuntut adaptasi psikologis yang kuat, sehingga dukungan sosial, peran keluarga, serta layanan kesehatan yang komprehensif sangat diperlukan untuk membantu lansia tetap menjaga kualitas hidup, kemandirian, dan kesejahteraan mentalnya di hari tua.

4. Tipe Lansia

Menurut Kemenkes RI (2022), lansia dikelompokkan ke dalam beberapa tipe berdasarkan karakter, pengalaman hidup, lingkungan, serta kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya. Pengelompokan ini penting untuk memahami keragaman respons lansia dalam menghadapi proses penuaan. Secara umum, terdapat lima tipe lansia yang sering dijumpai, yaitu tipe arif bijaksana, tipe mandiri, tipe tidak puas, tipe pasrah, dan tipe bingung (Agustini dkk., 2024).

a. Tipe Arif Bijaksana merupakan lansia yang kaya akan hikmah dan pengalaman hidup. Lansia mampu menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, tetap aktif dengan berbagai kesibukan positif, serta bersikap ramah, rendah hati, dan sederhana. Selain itu, lansia tipe ini cenderung dermawan, senang menghadiri undangan sosial, dan aktif mengikuti kegiatan keagamaan sesuai keyakinan yang dianut. Karena sikap dan perilakunya yang positif, lansia sering dijadikan teladan atau panutan oleh orang-orang di sekitarnya.

b. Tipe Mandiri adalah lansia yang proaktif dalam mengisi masa tuanya. Ketika beberapa aktivitas lama tidak lagi memungkinkan untuk dilakukan, mereka dengan cepat menggantinya dengan kegiatan baru yang lebih sesuai. Mereka juga selektif dalam memilih pekerjaan atau hobi, tetap menjaga silaturahmi dengan teman, dan aktif dalam kegiatan sosial, sehingga tetap merasa produktif dan bermakna.
c. Tipe Tidak Puas mencakup lansia yang mengalami konflik batin dalam menerima proses penuaan. Mereka cenderung menentang perubahan yang terjadi pada dirinya, sehingga sering tampak pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, dan sulit dilayani. Lansia tipe ini juga sering bersikap kritis berlebihan, pilih-pilih, dan banyak menuntut, baik terhadap keluarga maupun lingkungan sekitarnya.
d. Tipe Pasrah adalah sikap menerima keadaan yang apa adanya. Lansia cenderung menunggu nasib baik, memperdalam kegiatan keagamaan dan bersedia melakukan berbagai pekerjaan tanpa banyak protes. Meskipun terlihat tenang, sikap pasrah ini perlu diperhatikan agar tidak berubah menjadi kepasifan yang menghambat pemenuhan kebutuhan dasar atau kesehatan.
e. Tipe Bingung mencakup lansia yang merasa kaget atau tidak siap menghadapi masa tua. Lansia sering kehilangan jati diri, menarik diri dari lingkungan, merasa rendah diri, menyesali masa lalu, serta bersikap pasif dan acuh tak acuh terhadap sekitarnya. Kondisi ini dapat diperparah jika tidak mendapat dukungan emosional dan sosial yang memadai.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan Pada Lansia

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada lansia merupakan tahap pertama dan fondasi utama dalam proses keperawatan yang dilakukan secara komprehensif, sistematis, dan holistik untuk memperoleh data yang akurat mengenai status kesehatan, kemampuan fungsional, dan kualitas hidup pasien lansia. Pengkajian ini mencakup berbagai aspek yang saling berkaitan untuk memberikan gambaran utuh tentang kondisi klien (PPNI, 2019).

a. Data Demografi Pasien

   Identitas pasien meliputi nama atau inisial, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, suku, pendidikan terakhir, agama, status perkawinan, dan alamat. Informasi demografis ini penting untuk memahami latar belakang sosial budaya yang dapat mempengaruhi persepsi kesehatan dan pola hidup lansia.

b. Riwayat Keluarga

   Mencakup status pasangan masih hidup atau meninggal, tahun meninggal jika *applicable*, penyebab kematian, dan informasi tentang anak-anak. Pemahaman terhadap riwayat keluarga membantu mengidentifikasi pola penyakit, sistem pendukung sosial, dan dinamika keluarga yang mempengaruhi kesejahteraan lansia.

c. Riwayat Lingkungan

   Lingkungan tempat tinggal dikaji melalui tipe tempat tinggal, jumlah kamar, dan jumlah orang serumah. Lingkungan fisik dan sosial tempat lansia tinggal sangat mempengaruhi keselamatan, kemandirian, dan kenyamanan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

d. Riwayat Rekreasi

   Aktivitas rekreasi meliputi hobi atau minat, liburan atau perjalanan, atau rekreasi lainnya. Aktivitas rekreasi dan sosial berperan penting dalam mempertahankan kesehatan mental, mencegah isolasi sosial, dan meningkatkan kualitas hidup lansia.

e. Sistem Pendukung Kesehatan

   Mencakup dokter, perawat, puskesmas, dan pelayanan kesehatan yang terlibat dalam perawatan lansia. Identifikasi sistem pendukung kesehatan memastikan kontinuitas perawatan dan koordinasi yang efektif antar tenaga kesehatan.

f. Pola-pola kebiasaan sehari-hari

   Pengkajian pola kebiasaan lansia akan memberikan gambaran tentang kemampuan fungsional dan kemandirian lansia dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL), meliputi :

   1) Pola nutrisi, yaitu kaji frekuensi, jenis, dan kebiasaan makan dan minum lansia

2) Pola eliminasi, yaitu kaji frekuensi, karakteristik, dan masalah kesehatan yang dialami lansia
3) Pola aktivitas, yaitu kaji aktivitas fisik dan mobilitas lansia
4) Pola tidur, yaitu kaji durasi, kualitas, dan gangguan tidur lansia
5) Pola *personal hygiene*, yaitu kaji kebiasaan perawatan diri dan kebersihan personal lansia.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik lansia dimulai dengan pengukuran tanda-tanda vital, yaitu tekanan darah, nadi, frekuensi pernafasan, dan suhu tubuh. Pemeriksaan fisik komprehensif dilakukan dengan pendekatan *head to toe* dan sistem tubuh sebagai berikut.

1) Keadaan Umum

Dikaji gejala-gejala seperti mudah lelah, merasa berat badan menurun atau naik, nafsu makan menurun atau meningkat, demam, keringat di malam hari, gangguan tidur, atau infeksi saluran napas atas yang meningkat akibat penurunan sistem imun.

2) Integumen

Pemeriksaan kulit meliputi lesi atau luka pada kulit, pruritus atau ruam gatal, perubahan warna dan tekstur kulit, sering memar, dan penyembuhan luka yang lambat. Perubahan integumen merupakan indikator penting status nutrisi dan sirkulasi pada lansia.

3) Kepala

Pemeriksaan ini meliputi keluhan sakit kepala atau nyeri kepala, trauma kepala masa lalu, gatal pada kulit kepala, rambut rontok dan mudah patah. Rambut yang menipis dan uban adalah perubahan fisiologis, namun kerontokan mendadak dapat mengindikasikan gangguan nutrisi atau hormonal. Kebersihan kepala juga mencerminkan kemampuan perawatan diri atau *self care* lansia.

4) Mata (Sensori Penglihatan)

Gangguan penglihatan pada lansia sangat mempengaruhi keselamatan, kemandirian, dan risiko jatuh. Kaji perubahan ketajaman penglihatan, yaitu presbiopi, katarak, glaukoma,penggunaan kacamata, nyeri pada mata, epifora atau air mata berlebihan, bengkak di sekitar mata, diplopia atau pandangan

ganda, mata kabur, serta kesulitan beradaptasi dengan perubahan cahaya. Penurunan lapang pandang dan akomodasi lensa merupakan perubahan degeneratif yang umum. Pengkajian ini penting untuk mencegah isolasi sosial akibat ketidakmampuan berinteraksi visual.

5) Telinga (Sensori Pendengaran)

   Gangguan pendengaran sering terjadi secara perlahan dan tidak disadari oleh lansia. Kaji penurunan pendengaran terutama frekuensi tinggi, tinnitus atau denging telinga dan penggunaan alat bantu dengar. Gangguan pendengaran dapat menyebabkan kesalahpahaman komunikasi, kecurigaan, isolasi sosial dan penurunan kualitas hidup lansia.

6) Hidung dan sinus

   Kaji rinorea atau pilek, epistaksis atau mimisan akibat pembuluh darah rapuh atau hipertensi, polip hidung, kebiasaan mendengkur atau snoring, nyeri pada sinus, dan riwayat infeksi saluran nafas. Penurunan fungsi mukosa hidung dan silia membuat lansia lebih rentan terhadap infeksi dan perdarahan hidung.

7) Mulut atau tenggorokan

   Kesehatan oral sangat berkaitan dengan status nutrisi dan kenyamanan lansia. Kaji sakit tenggorokan, lesi atau luka pada mukosa mulut berupa stomatitis dan candidiasis, perubahan suara, disfagia atau kesulitan menelan yamg akan beresiko aspirasi, perdarahan pada gusi, karies gigi, kondisi kebersihan gigi palsu jika ada, serta sakit gigi. Masalah gigi dan gusi, serta penurunan produksi saliva yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan dan risiko malnutrisi. Disfagia juga merupakan tanda awal gangguan neurologis seperti stroke.

8) Leher

   Kaji kekakuan leher, nyeri tekan, benjolan atau massa seperti pembesaran kelenjar getah bening atau tiroid dan keterbatasan gerak *(range of motion)*. Pemeriksaan leher juga mencakup palpasi kelenjar tiroid untuk mendeteksi gangguan endokrin.

9) Sistem Pernafasan

Dikaji batuk produktif atau non produktif, sesak napas saat aktivitas atau istirahat, hemoptisis atau batuk darah, produksi sputum, serta suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing. Penurunan elastisitas paru dan kekuatan otot pernapasan mengakibatkan lansia rentan terhadap pneumonia dan gagal napas.

10) Sistem Kardiovaskuler

Pengkajian ini juga mencakup pengukuran tekanan darah. Kekakuan arteri dan penurunan curah jantung adalah perubahan fisiologis utama.

11) Gastrointestinal

Kaji disfagia atau kesulitan menelan, nyeri ulu hati mual dan muntah, perubahan nafsu makan, benjolan atau massa pada abdomen, diare, masalah konstipasi lansia.

12) Genitourinaria

Penurunan fungsi ginjal dan kapasitas kandung kemih sering terjadi. Kaji disuria atau nyeri saat berkemih, retensi urin atau sulit BAK, inkontinensia urin, poliuria, dan oliguria.

13) Sistem Neurologi

Kaji keluhan sakit kepala migrain, kejang, sinkop, paralisis, tremor, parestesia, riwayat cedera kepala, gangguan koordinasi, dan gangguan memori. Gangguan neurologis dapat mempengaruhi fungsi kognitif dan motorik lansia.

14) Sistem Endokrin

Kaji intoleransi terhadap panas atau dingin atau gangguan regulasi suhu, pigmentasi kulit, perubahan rambut, polifagia, polidipsia dan poliuria. Intoleransi dingin dapat mengindikasikan hipotiroidisme yang memperlambat metabolisme tubuh.

15) Sistem Reproduksi

Perubahan fungsi seksual dan reproduksi merupakan aspek penting yang mempengaruhi kualitas hidup lansia. Pemeriksaan dimulai dengan observasi adanya lesi pada organ genital yang dapat mengindikasikan infeksi, neoplasma, atau kondisi patologis lainnya

yang dilakukan dengan pendekatan yang sensitif dan menghormati privasi.

h. Pengkajian Aspek Psikososial

Pengkajian aspek psikososial merupakan komponen esensial dalam asuhan keperawatan gerontik mengingat kompleksitas perubahan psikologis dan sosial yang dialami lansia. Kesehatan mental dan kesejahteraan psikososial sangat mempengaruhi kualitas hidup dan kemampuan adaptasi lansia terhadap perubahan yang terjadi, seperti lansia merasa cemas berlebihan, depresi, insomnia atau gangguan pola tidur, perasaan sedih, takut atau gugup, marah dan mudah tersinggung serta sulit konsentrasi.

Pengkajian Khusus Lansia

Pengkajian khusus pada lansia memerlukan instrumen yang spesifik untuk mengukur berbagai aspek kesehatan dan fungsional lansia secara akurat. Berikut adalah beberapa alat skrining yang valid dan reliabel menilai kondisi lansia secara menyeluruh.

a. Pemeriksaan Status Fungsional Lansia atau Tingkat Ketergantungan Lansia (Indeks ADL's Barthel)

Pemeriksaan status fungsional lansia atau tingkat ketergantungan lansia ini menggunakan Indeks ADL's Barthel yang dikembangkan oleh Mahoney dan Barthel (1965). Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui tingkat ketergantungan lansia dalam memenuhi kebutuhan *activity daily living.* Prosedur pemeriksaan, yaitu lingkari skor yang sesuai dengan kondisi lansia kemudian jumlahkan total skor dan interpretasikan.

Nilai total tingkat ketergantungan lansia adalah 20, apabila memperoleh skor 0-4 maka dinyatakan lansia tingkat ketergantungan total, apabila memperoleh skor 5-8 maka dinyatakan lansia tingkat ketergantungan berat, apabila memperoleh skor 9-11 maka dinyatakan lansia tingkat ketergantungan sedang, apabila memperoleh skor 12-19 maka dinyatakan lansia tingkat ketergantungan ringan, dan apabila memperoleh skor 20 maka dinyatakan lansia mandiri. Adapun pengkajian status fungsional lansia atau tingkat ketergantungan lansia *(Indeks ADL's Barthel)* dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.2 Status Fungsional Lansia atau Tingkat Ketergantungan Lansia *(Indeks ADL's Barthel)*

Aktivitas	Kemampuan	Skor
Makan	Mandiri	2
	Perlu bantuan orang lain untuk memotong makanan	1
	Tergantung penuh pada pertolongan orang lain	0
Berpakaian	Mandiri	2
	Sebagian dibantu	1
	Tergantung orang lain	0
Mandi	Mandiri	1
	Tergantung orang lain	0
Berjalan / Mobilisasi	Mandiri	3
	Dibantu satu orang/walker	2
	Dengan kursi roda	1
	Tidak mampu	0
Transfer (tidur >>> duduk)	Mandiri	3
	Dibantu satu orang	2
	Dibantu dua orang	1
	Tidak mampu	0
Naik turun tangga	Mandiri	2
	Perlu pertolongan	1
	Tidak mampu	0
Mengontrol BAB	Kontinen teratur	2
	Kadang-kadang inkontinen	1
	Inkontinen	0
Mengontrol BAK	Kontinen teratur	2
	Kadang-kadang inkontinen	1
	Inkontinen	0
Menggunakan toilet (pergi ke/dari toilet, melepas/mengenakan pakaian, menyeka dan menyiram	Mandiri	2
	Perlu pertolongan	1
	Tergantung orang lain	0
Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Mandiri	1
	Perlu pertolongan	0

b. Pengkajian Status Kognitif *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)

Pemeriksaan status kognitif lansia ini menggunakan *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) yang dikembangkan oleh Preiffer (1975) dalam *Journal of the American Geriatrics Society* untuk mengetahui tingkat kognitif lansia yang berhubungan dengan memori jangka pendek. Prosedur pemeriksaan, yaitu tuliskan jawaban lansia pada kotak yang tersedia

sesuai dengan pertanyaan kemudian beri nilai (+) untuk jawaban yang benar dan nilai (-) untuk jawaban yang salah atau tidak tahu, lalu hitung jumlah nilai (-) atau jawaban yang salah dan interpretasikan.

Total nilai (-) kesalahan adalah 10, apabila memperoleh kesalahan 0-2 maka dinyatakan lansia memiliki fungsi intelektual utuh, apabila memperoleh kesalahan 3-4 maka dinyatakan lansia memiliki kerusakan intelektual ringan, apabila memperoleh kesalahan 5-6 maka dinyatakan lansia memiliki kerusakan intelektual sedang, dan apabila memperoleh kesalahan 7-10 maka dinyatakan lansia memiliki kerusakan intelektual berat. Adapun pengkajian status kognitif lansia *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.3 Status Kognitif *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)

No	Pertanyaan	Jawaban	Nilai (+ / -)	
			+	-
1.	Tanggal berapa hari ini?			
2.	Hari apa sekarang?			
3.	Apa nama tempat ini?			
4.	Berapa nomor telepon anda / Dimana alamat anda (jika tidak memiliki nomor telepon)			
5.	Berapa umur anda sekarang?			
6.	Kapan anda lahir?			
7.	Siapa presiden Indonesia sekarang?			
8.	Siapa nama presiden sebelumnya?			
9.	Siapa nama kecil ibu anda?			
10.	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru semua secara menurun			

c. Pengkajian Inventaris Depresi BECK

Pemeriksaan ini menggunakan *Beck Depression Inventory* yang dikembangkan oleh Dr. Aaron T. Beck (1972) untuk mengetahui tingkat depresi yang dialami lansia. Prosedur pemeriksaan, yaitu lingkari angka sesuai uraian atau jawaban lansia pada masing-masing komponen pemeriksaan, lalu hitung total akhir skor dan interpretasikan.

Nilai total tingkat depresi lansia adalah 16, apabila memperoleh skor 0-4 maka dinyatakan lansia tidak depresi, apabila memperoleh skor 5-7 maka dinyatakan lansia tingkat depresi ringan, apabila memperoleh skor 8-15 maka dinyatakan lansia tingkat depresi sedang dan apabila memperoleh skor 16

lansia tingkat depresi berat. Adapun pengkajian tingkat depresi lansia dengan Inventaris Depresi BECK dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.4 Inventaris Depresi BECK

Skor	Uraian
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih /tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya
2	Saya galau / sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya
1	Saya merasa sedih atau galau
0	Saya tidak merasa sedih
B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
C. Rasa Kegagalan	
3	Saya merasa benar-benar gagal sebagai sebagai orang tua (suami/istri)
2	Bila melihat kehidupan kebelakang, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal
D. Ketidakpuasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
E. Rasa Bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk / tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa benar-benar bersalah
F. Tidak Menyukai Diri Sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri
G. Membahayakan Diri Sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri

H. Menarik Diri dari Sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak perduli pada mereka semuanya
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I. Keragu-raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambil keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
J. Perubahan Gambaran Diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tak menarik
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik
0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya
K. Kesulitan Kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya
L. Keletihan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya
M. Anoreksia	
3	Saya tidak lagi mempunyai napsu makan sama sekali
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya
0	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya

d. Pengkajian APGAR Keluarga dengan Lansia

Pemeriksaan ini dilakukan menggunakan *Family APGAR* yang dikembangkan oleh Smilkstein (1978) untuk mengetahui fungsi sosialisasi lansia. Prosedur pemeriksaan, yaitu berikan skor pada masing masing jawaban lansia dengan skor 0 jika tidak pernah, skor 1 jika kadang kadang, dan skor 2 jika selalu, lalu hitung total skor dan interpretasikan.

Nilai total fungsi sosialisasi lansia adalah 10, apabila memperoleh <3 maka dinyatakan lansia dengan disfungsi keluarga sangat tinggi, apabila memperoleh 4-6 maka dinyatakan lansia dengan disfungsi keluarga sedang,

dan apabila memperoleh 7-10 maka dinyatakan lansia dengan disfungsi keluarga sehat. Adapun pengkajian APGAR keluarga dengan lansia dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.5 APGAR Keluarga dengan Lansia

No.	Fungsi	Uraian	Skor
1.	*Adaption*	Saya puas bahwa saya dapat kembali bersama teman teman/ keluarga saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	
2.	*Paetherenship*	Saya puas dengan cara teman teman/ keluarga saya membicarakan dan mendukung keinginanan saya untuk melakukan aktivitas	
3.	*Growth*	Saya puas bahwa teman teman/ keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya melakukan aktivitas	
4.	*Affection*	Saya puas bahwa teman teman/ keluarga saya mengekspresikan efek dan meresepon terhadap emosi emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai	
5.	*Resolve*	Saya puas dengan cara teman teman/ keluarga saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan bagian penting dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal. Diagnosis keperawatan yang akan muncul pada pasien hipertensi dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) sebagai berikut.

a. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (misal : tekanan darah diatas nilai normal >140/90 mmHg, nyeri kepala dan kaku leher atau tengkuk) (D.0074)
b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)
c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
d. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi (D.0017)
e. Resiko Cedera berhubungan dengan gangguan penglihatan (D.0136)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat di observasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Intervensi Keperawatan disusun dengan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) sebagai berikut.

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (pusing, ketegangan otot, nyeri, kaku leher) **(D.0074)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan pasien meningkat dengan **Kriteria Hasil :** a. Keluhan tidak nyaman menurun b. Merintih/meringis menurun **(L.08064)**	**Intervensi Utama :** **Manajemen Nyeri (I.08238)** *Observasi :* 1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi respon nyeri non verbal *Terapeutik :* 5. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan) 7. Fasilitasi istirahat dan tidur 8. Pertimbangkan jenis dan sumber dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

9. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
10. Jelaskan strategi meredakan nyeri
11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
12. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan

Intervensi Pendukung

Terapi Relaksasi (I.09326)

Observasi :

1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik relaksasi
4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi

T*erapeutik :*

6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman
7. Berikan informasi tertulis

			tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 8. Gunakan pakaian longgar selama penerapan terapi relaksasi 9. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, *jika sesuai* *Edukasi :* 10. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi terapi yang akan diterapkan, yaitu terapi *Swedish Massage* 11. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 12. Anjurkan mengambil posisi nyaman 13. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 14. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 15. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur **(D.0055)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur tidur membaik dengan **Kriteria Hasil :** a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun c. Keluhan tidak puas tidur menurun d. Keluhan istirahat	**Intervensi Utama :** **Dukungan Tidur (I.05174)** *Observasi :* 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor penggangu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang menggangu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur,

		tidak cukup menurun **(L.05045)**	minum banyak air sebelum tidur) *Terapeutik :* 4. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 5. Batasi waktu tidur siang, *jika perlu* 6. Tetapkan jadwal tidur rutin 7. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis : pijat, pengaturan posisi) 8. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga *Edukasi :* 9. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 10. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 11. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan **(D.0056)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan **Kriteria Hasil:** a. Keluhan lelah menurun b. Dispnea saat aktivitas menurun c. Dispnea setelah aktivitas menurun d. Tekanan darah	**Intervensi Utama :** **Manajemen Energi (I.05178)** *Observasi :* 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

		membaik **(L.05047)**	*Terapeutik :* 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan *Edukasi :* 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
4.	Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi **(D.0017)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan **Kriteria Hasil:** a. Tingkat kesadaran meningkat b. Gelisah menurun c. Tekanan arteri rata-rata membaik d. Tekanan darah sistolik membaik e. Tekanan darah diastolik membaik **(L.02014)**	**Intervensi Utama :** **Pemantauan Tanda Vital (I.02060)** *Observasi :* 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri nadi 6. Monitor tekanan nadi (selisih tekanan darah sistolik dan diastolik) 7. Identifikasi perubahan tanda vital *Terapeutik :* 8. Dokumentasi hasil pemantauan

			Edukasi : 9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 10. Informasikan hasil pemantauan
5.	Resiko Cedera berhubungan dengan gangguan penglihatan **(D.0136)**	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat cedera menurun dengan **Kriteria Hasil :** 1. Toleransi aktivitas membaik 2. Kejadian cedera menurun 3. Gangguan kognitif menurun 4. Pola istirahat atau tidur membaik **(L.14136)**	**Intervensi Utama :** **Pencegahan Cedera (I.14537)** *Observasi :* 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera *Terapeutik :* 3. Sediakan pencahayaan yang memadai 4. Diskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai alat bantu yang sesuai 5. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien 6. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan *Edukasi :* 7. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 8. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat oleh perawat guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya. Pada tahap ini, perawat seharusnya memahami intervensi yang akan dilakukan, menyiapkan tenaga dan alat yang akan digunakan, menyiapkan lingkungan terapeutik yang sesuai dengan jenis tindakan yang dilakukan serta mengutamakan keamanan, keselamatan serta kenyamanan pasien. Oleh karena itu, perawat harus memperlihatkan sikap yang meyakinkan, peka terhadap respon pasien dan efek samping dari tindakan keperawatan yang dilakukan (PPNI, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan kelima dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Perawat dapat mengambil keputusan untuk tindakan berikutnya yang terdiri dari mengakhiri rencana tindakan keperawatan jika pasien telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan jika pasien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, dan melanjutkan rencana tindakan keperawatan jika pasien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (PPNI, 2019).