

BAB II

KAJIAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi Lansia

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 13 Tahun 1998 pasal 1 tentang kesejahteraan lanjut usia menjelaskan bahwa, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.. (Siti Rachmah 2022)

Lansia merupakan kelompok atau populasi dengan jumlah risiko yang semakin meningkat. Populasi berisiko adalah sekelompok orang yang masalah kesehatannya cenderung berkembang lebih buruk karena faktor risiko yang memengaruhi mereka. (Vladimir 2018)

2. Batasan Lansia

a. Menurut WHO dalam Siti Rachmah, (2022) batasan lanjut usia meliputi:

- 1) Usia pertengahan (*middle age*), adalah kelompok usia (45-59 tahun).
- 2) Lanjut usia (*elder*) antara (60-74 tahun).
- 3) Lanjut usia (*old*) antara (75 dan 90 tahun).
- 4) Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.

b. Menurut undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab 1 pasal 1 ayat 2 “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas”.

c. Menurut Depkes RI (2019) klasifikasi lansia terdiri dari :

- 1) Pra lansia, yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- 2) Lansia, yaitu seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- 3) Lansia berisiko tinggi, yaitu seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih yang mengalami gangguan kesehatan.
- 4) Lansia Potensial, yaitu Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- 5) Lansia tidak potensial, yaitu lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya hanya bergantung pada orang lain..

3. Ciri-Ciri Lansia

Perubahan yang terjadi pada lansia adalah fisik dan mental terutama pada kebiasaan atau keterampilan yang dimiliki sebelumnya. Beberapa perubahan fisik yang akan dialami pada lansia adalah terjadinya kerutan pada wajah, penurunan daya tahan tubuh, penurunan daya penglihatan dan pendengaran serta yang paling terlihat adalah rambut beruban. (Leni, 2019).

4. Perubahan Pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lansia seiring bertambahnya usiamanusia, terjadi proses penuaan degeneratif yang akan berdampak pada perubahan pada manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga perubahan kognitif, emosional, sosial dan seksual. (Leni 2019.) adalah sebagai berikut:

a. Sistem Kardiovaskular

elastisitas yang menurun dapat menyebabkan perubahan pada sistem kardiovaskular. Dalam kasus ini, dinding aorta menjadi lebih kaku dan tebal, sementara katup jantung juga mengalami penebalan. Selain itu, kemampuan jantung untuk memompa darah mengalami penurunan sebesar 1% setiap tahun setelah usia 20 tahun, yang menyebabkan kontraksi dan volume darah menjadi lebih rendah.

Hilangnya kekenyalan pada pembuluh darah menyebabkan masalah dalam efisiensi peredaran darah. Pembuluh darah perifer tidak dapat melebar dan menyempit dengan mudah seperti sebelumnya, sehingga proses oksigenasi tubuh menjadi kurang efektif.

b. Teori Penuaan

Dalam beberapa teori yang berkaitan dengan proses penuaan, yaitu teoribiologi, teori psikologis, teori sosial dan teori spiritual. (Evrilianisa Utami 2021)

1) Teori Biologi

c. Teori genetik

1) *Wear And Tear Theory*

2) Teori nutrisi

- 3) Teori mutasi somatik
 - 4) Teori stress
 - 5) *Slow immunology theory*
 - 6) Teori radikal bebas
 - 7) Teori rantai silang
- d. Teori Psikologis
- 1) Teori Kebutuhan Dasar Manusia
 - 2) Teori *individualisme Jung*
 - 3) Teori Pusat Kehidupan Manusia
 - 4) Teori Tugas Perkembangan
- e. Teori Sosiologi
- 1) Teori interaksi sosial (*Social Exchange Theory*)
 - 2) Teori penarikan diri (*Disengagement Theory*)
 - 3) Teori Aktivitas (*Activity Theory*)
 - 4) Teori Berkesinambungan (*Continuity Theory*)
 - 5) *Subculture Theory*

B. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi disebut sebagai “silent killer” karena sering terjadi tanpa keluhan. Sebagai aturan umum, pasien tidak menyadari ketika mereka memiliki hipertensi dan hanya belajar ketika komplikasi muncul. Meski menderita hipertensi, kebanyakan orang melaporkan merasa sehat dan berenergi. Namun, kondisi ini masih sangat serius dan dapat mengakibatkan populasi umum mengembangkannya. Setelah stroke dan tuberkulosis, hipertensi merupakan penyebab kematian ketiga terbanyak di Indonesia, terhitung sekitar 6,7% dari populasi kematian di negara tersebut. Gangguan pada sistem jantung yang menyebabkan hipertensi mengakibatkan peningkatan tekanan normal jantung. (Dr. Vladimir, 2021)

2. Klasifikasi Hipertensi

Pembagian derajat keparahan hipertensi pada seseorang merupakan salah satu dasar penentuan penatalaksanaan hipertensi. Berikut adalah tabel klasifikasi hipertensi.

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	Dan	< 80
Normal	120 – 129	Dan/atau	80 – 84
Normal Tinggi	130 – 139	Dan/atau	84 – 89
Hipertensi Derajat 1	140 – 159	Dan/atau	90 – 99
Hipertensi Derajat 2	160 – 179	Dan/atau	100 – 109
Hipertensi Derajat 3	≥ 180	Dan/atau	≥ 110
Hipertensi Sistolik Terisolasi	≥ 140	Dan/atau	< 90

Sumber: (Diartin et al., 2021)

3. Etiologi

Menurut Diartin (2021) Berdasarkan penyebab hipertensi dibagi menjadi 2 golongan :

a. Hipertensi Primer (Esensial)

Disebut juga hipertensi idiopatik karena penyebabnya tidak diketahui. Faktor yang mempengaruhinya adalah : genetik, lingkungan, hiperaktivitas renin sistem saraf simpatik. Angiotensin risiko: obesitas, merokok, alkohol dan polisitemia.

b. Hipertensi sekunder

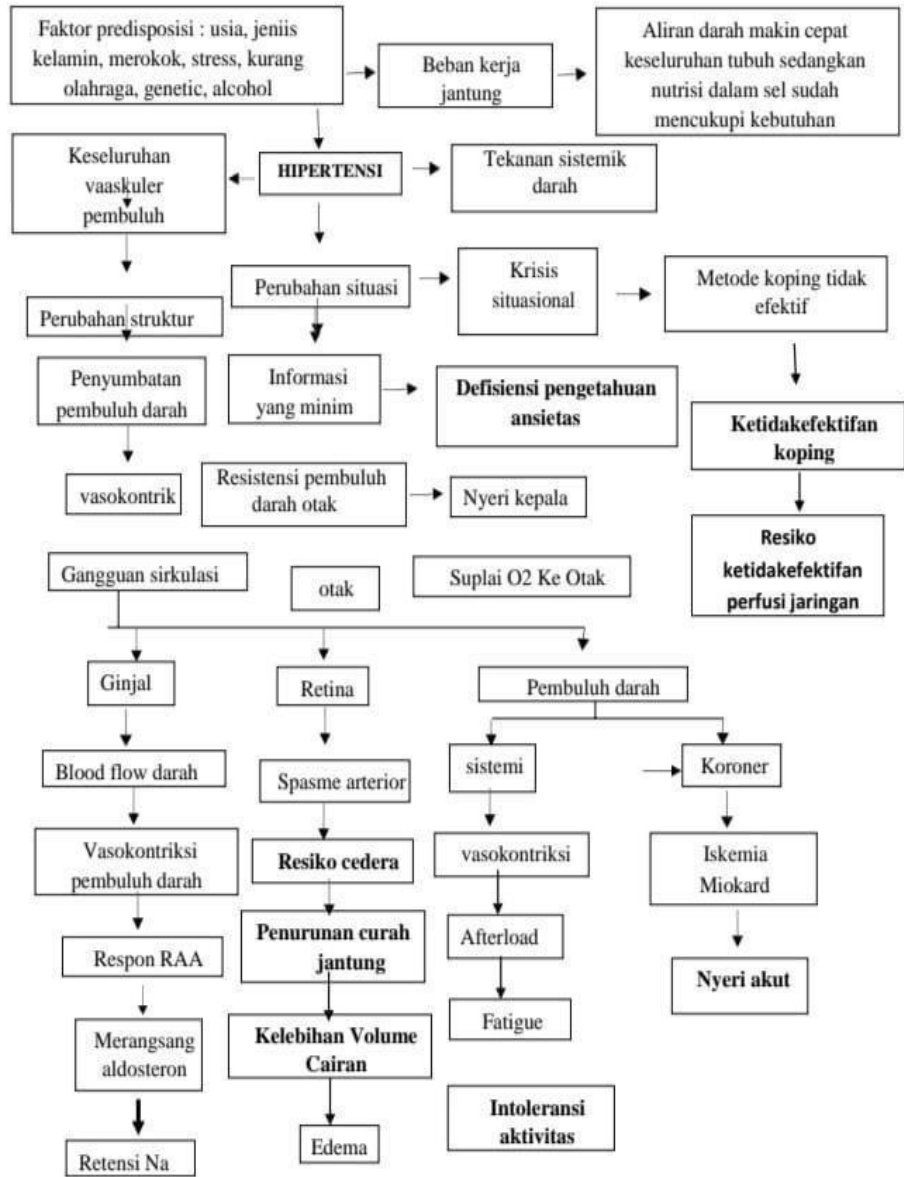
Penyebabnya adalah: penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom Cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

4. Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol penyempitan dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, di medula otak. Dari pusat vasomotor ini berasal jalur saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke sumsum tulang belakang dan keluar dari kolom sumsum tulang belakang ke ganglia simpatik di dada dan perut. Rangsangan

pusat vasomotor disampaikan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis menuju ganglia simpatis. (Ii., 2022)

5. Patway



Gambar 2.1 Diagram Patway

6. Tanda Dan Gejala Hipertensi

Gejala hipertensi tidak semua penderita hipertensi mengenali atau merasakan gejalanya, sehingga hipertensi sering dijuluki *silent killer*. Keluhan pada penderita hipertensi menurut, (Ramadhan, 2021) adalah sebagai berikut :

- a) Sakit kepala
- b) Gelisah
- c) Jantung berdebar- debar
- d) Pusing
- e) Penglihatan kabur
- f) Rasa sakit di dada
- g) Mudah Lelah

7. Penatalaksanaan Hipertensi

Dalam Ramadhan, (2021) penatalaksanaan hipertensi terbagi menjadi dua yaitu :

a. Terapi non farmakologis

Menjalani gaya hidup sehat telah banyak terbukti menurunkan tekanan darah, dan umumnya sangat bermanfaat dalam mengurangi risiko masalah kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, strategi gaya hidup sehat merupakan tahap awal penatalaksanaan yang harus diikuti minimal 4-6 bulan. Jika setelah jangka waktu ini penurunan tekanan darah yang diharapkan tidak diperoleh atau faktor risiko kardiovaskular lainnya ditemukan, sangat disarankan untuk memulai terapi farmakologis. Beberapa gaya hidup sehat yang direkomendasikan oleh banyak pedoman adalah:

- b. Penurunan berat badan. Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayur dan buah dapat memberikan manfaat lebih selain menurunkan tekanan darah, seperti terhindar dari penyakit diabetes dan dislipidemia.
- c. Mengurangi asupan garam. Di negara kita, makanan tinggi garam dan lemak merupakan makanan tradisional di kebanyakan daerah. Tidak jarang pasien tidak mengetahui kandungan garam pada makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan dan sebagainya.

- Tidak jarang, diet rendah garam juga bermanfaat untuk menurunkan dosis obat antihipertensi pada penderita hipertensi derajat ≥ 2 . Asupan garam yang dianjurkan tidak melebihi 2 g/hari.
- d. Berolahraga secara teratur selama 30-60 menit/hari, minimal 3 hari/minggu, dapat membantu menurunkan tekanan darah. Bagi pasien yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara khusus, tetap dianjurkan untuk berjalan kaki, naik sepeda atau menaiki tangga dalam aktivitas rutinnnya di tempat kerja. Mengurangi konsumsi alkohol. Meskipun konsumsi alkohol belum menjadi gaya hidup yang umum di negara kita, konsumsi alkohol semakin meningkat dari hari ke hari seiring dengan perkembangan pergaulan dan gaya hidup, terutama di kota-kotabesar. Mengonsumsi lebih dari 2 gelas per hari untuk pria atau 1 gelas per hari untuk wanita dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat membantu dalam menurunkan tekanan darah.
 - e. Berhenti merokok. Meski sejauh ini belum terbukti memiliki efek langsung pada penurunan tekanan darah, merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, dan pasien harus disarankan untuk berhenti merokok.
 - f. Terapi *Farmakologi*

Terapi farmakologi pada hipertensi dimulai bila pada pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada pasien dengan hipertensi derajat > 2.

8. Komplikasi Hipertensi

Menurut Telaumbanua (2021) hipertensi dapat menyebabkan terjadinya komplikasi yaitu :

- a. Gangguan penglihatan
- b. Gangguan saraf
- c. Gangguan jantung
- d. Gangguan fungsi ginjal
- e. Gangguan serebral otak yang mengakibatkan kejang, pendarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan, gangguan kesadaran hingga koma.

9. Faktor Yang Mempengaruhi Hipertensi

Menurut Telaumbanua, (2021) Terdapat 2 faktor risiko Hipertensi yaitu :

- a. Faktor resiko yang tidak dapat diubah
 - 1) Umur
 - 2) Jenis kelamin
 - 3) Genetik
- b. Faktor resiko yang tidak dapat diubah
 - 1) Merokok
 - 2) Diet rendah serat
 - 3) Dislipidemia
 - 4) Konsumsi garam berlebih
 - 5) Kurang aktivitas fisik
 - 6) Stres
 - 7) Berat badan berlebih/kegemukan
 - 8) Konsumsi Alkohol

C. Konsep Gangguan Pola Tidur

1. Definisi Gangguan Pola Tidur

Tidur adalah suatu keadaan tidak sadar dimana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan berkurang atau hilang dan dapat dibangunkan kembali dengan rangsangan dan panca indera yang cukup. Selain itu, tidur juga dikatakan sebagai keadaan tidak sadar relatif, bukan hanya keadaan tenang total tanpa aktivitas, melainkan rangkaian siklus berulang. (Volkers, 2019)

Pola tidur yang terganggu adalah perasaan tidak nyaman atau gangguan yang disebabkan oleh suatu keadaan pada saat individu mengalami atau beresiko mengalami perubahan kualitas atau kuantitas pola istirahatnya. (Volkers, 2019).

2. Etiologi

Menurut Volkers, (2019) penyebab terjadinya gangguan pola tidur adalah :

- a. Hambatan lingkungan (misalnya, kelembaban sekitar, suhu sekitar, pencahayaan, kebisingan, bau, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- b. Kurang control tidur
- c. Kurang privasi
- d. Restraint fisik
- e. Ketiadaan teman tidur
- f. Tidak familiar dengan peralatan tidur.
- g. Tanda dan gejala gangguan pola tidur

3. Tanda dan gejala gangguan pola tidur

Adapun tanda dan gejala pada gangguan pola tidur menurut Volkers, (2019)

- a. Tanda dan gejala utama. Tanda dan gejala subyektif mayor adalah keluhan sulit tidur, keluhan sering terbangun, keluhan ketidakpuasan tidur, keluhan perubahan pola tidur, keluhan kurang istirahat, sedangkan tanda dan gejala mayor objektif tidak ada.

- b. Tanda dan gejala ringan. Tanda dan gejala minor subyektif adalah keluhan penurunan kemampuan aktivitas, sedangkan tanda dan gejala minor obyektif tidak ada.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pola tidur

Menurut Volkers, (2019) Kualitas dan kuantitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kualitas ini dapat menunjukkan kemampuan seseorang untuk tidur dan mendapatkan jumlah istirahat yang sesuai dengan kebutuhannya. Faktor-faktor yang mempengaruhi tidur adalah sebagai berikut:

- a. Penyakit Seseorang yang sakit membutuhkan tidur lebih dari biasanya. Namun keadaan sakit membuat klien kurang tidur atau tidak bisa tidur. Misalnya pada penderita hipertensi, gangguan pernafasan seperti asma, bronkitis, dan penyakit syaraf.
- b. Lingkungan Klien yang biasanya tidur di lingkungan yang tenang dan nyaman, maka terjadi perubahan suasana seperti kebisingan yang akan menghambat tidurnya.
- c. Motivasi Motivasi dapat mempengaruhi tidur dan dapat menimbulkan keinginan untuk tetap terjaga dan waspada untuk melawan kantuk.
- d. Kelelahan Kelelahan dapat mempersingkat periode pertama tahap REM.
- e. Kecemasan Dalam keadaan cemas seseorang makan untuk meningkatkan saraf simpatis sehingga mengganggu tidurnya.
- f. Alkohol 24 Alkohol menekan REM secara normal, seseorang yang dapat mentolerir minum alkohol dapat menyebabkan insomnia dan mudah tersinggung.
- g. Obat-obatan Beberapa jenis obat dapat menyebabkan

gangguan tidur, antara lain:

- 1) Diuretic:menyebabkan insomnia.
- 2) Antidepresi : menyupresi REM.
- 3) Kafein : meningkatkan saraf simpatik.
- 4) Narkotika : menyepresi REM

D. Prosedur Keperawatan

1. Definisi *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*

Terapi SEFT merupakan terapi komplementer yang bersifat relaksasi, prinsip kerjasamanya seperti terapi akupunktur yang memiliki 18 titik kunci sepanjang 12 jalur energi (meridion energi). Bedanya dengan akupunktur dan akupresur adalah terapi SEFT menggunakan unsur spiritual. Titik kunci dalam pelaksanaannya akan diberikan penyadapan ringan (*tapping*). Terapi SEFT merupakan salah satu bentuk *mind-body therapy* yang menggabungkan sistem energi tubuh (*energy medicine*). Terapi SEFT dinilai lebih aman, mudah dan cepat karena hanya menggunakan penyadapan ringan (*tapping*) (Suryadin., 2022)

2. Langkah melakukan Terapi SEFT

SEFT adalah model akupunktur dalam bentuk sederhana dengan memberikan ketukan ringan atau ketukan sambil memfokuskan pikiran pada masalah psikologis yang sedang dialami. menjelaskan prosedur pelaksanaan terapi SEFT meliputi.

a. Tahap 1

Pada tahap ini yaitu on stage, untuk memulai terlebih

dahulu perlu mengidentifikasi masalah yang dirasakan (kecemasan, stres, ketakutan, fobia, stres emosional, kesedihan, kecanduan dan masalah lainnya). Ini bisa berupa emosi negatif seperti kecanduan atau gejala fisik seperti rasa sakit. Pikiran difokuskan pada masalah sebelum melanjutkan ke tahap selanjutnya, memberikan masalah yang dialami skor sepuluh untuk masalah yang sangat sulit atau rumit.

b. Tahap 2

- 1) Hal berikutnya yang perlu Anda lakukan adalah pengaturan. Tekan saja tombol karate *chop* (KC) yang ada di sisi telapak tangan di bawah jari kelingking yang biasa digunakan untuk memecahkan balok pada saat karate sambil mengucapkan dengan keras kata *set-up*, yang meliputi apa yang sedang Anda pikirkan atau rasakan. saat itu, ulangi tiga kali. "Ya Tuhan. Meskipun saya.... (keluhan Anda), saya menerima dan mencintai diri saya sepenuhnya. Penyakit/masalah ini saya terima dengan ikhlas, saya serahkan kepada-Mu. Set-up memiliki dua kepentingan yaitu
- 2) Memungkinkan untuk fokus pada masalah dan perasaan atau gejala terkait yang mungkin menyebabkan gangguan Energi. Ketika gangguan aliran energi timbul karena masalah yang dihadapi, maka dapat dinetralkan dengan terapi ini, sehingga energi yang tersumbat kembali mengalir kembali.
- 3) Menggunakan kata-kata "meski" dan "sangat mencintai diri sendiri" secara mendalam menunjukkan bahwa meskipun Anda memiliki masalah, Anda tetap dapat mencintai diri sendiri, dan siap untuk berubah.
- 4) Tahap 3

Tahap selanjutnya disebut penyadapan, yaitu dengan cara menekan atau mengetuk dengan satu atau dua jari pada titik-titik tertentu sebagai meridian energi yang mengalir ke seluruh tubuh sambil mengucapkan kata set-up dengan lantang. Idealnya, setiap titik diketuk sebanyak tujuh kali, ketuk dengan tiga atau empat jari dapat dilakukan jika Anda tidak yakin letak titik tersebut benar atau tidak. Titik sadap terbagi menjadi dua, yaitu titik sadap versi pendek yang terdiri dari sembilan titik dan titik sadap versi panjang yang terdiri dari delapan belas titik.

3. Jenis Terapi Emotional Freedom Technique

Menurut Fitriana, (2019) jenis terapi Teknik kebebasan emosional Terdiri dari delapan belas yaitu:

- a. Kc = *Karate Chop* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan meridian usus kecil. Letaknya disamping telapak tangan.
- b. Cr = *Crown* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian yang melaluinya. Letaknya bagian atas kepala (ubun-ubun).
- c. EB = *Eye Brow* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian kandung kemih. Letaknya pada titik permulaan alis mata dekat pangkal hidung.
- d. SE = *Side of the Eye* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian kandung empedu. Letaknya pada titik ujung mata
- e. UE = *Under the Eye* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian lambung. Letaknya tepat di tulang bawah kelopak mata
- f. UN = *Under the Nose* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian government. Letaknya

- dibawah hidung.
- g. Ch = *Chin* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian konsepsi. Letaknya diantara dagu dan bagian bawahbibir.
 - h. CB = *Collar Bone* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian ginjal. Letaknya ujung tempat bertemunya tulang dada dan tulang rusuk pertama.
 - i. BN = *Billow Nipple* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian liver. Letaknya dibawah puting susu (pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan payudara bagian bawah.
 - j. UA = *Under the Arm* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian limpa. Letaknya dibawah ketiak sejajar dengan puting susu (pria), di perbatasan antara tulang dada dan payudara bagian bawah.
 - k. IH = *Inside of Hand* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian jantung , perikardium dan aru-paru. Letaknya dibagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan.
 - l. OH = *Outside of Hand* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian usus besar dan triple warmer. Letaknya dibagian luar tangan yang berbatasan dengan telapaktangan.
 - m. Th = *Thumb* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian paruparu. Letaknya di ibu jari samping luar bagian bawah kuku.
 - n. IF = *Index Finger* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian usus besar. Letaknya jari telunjuk, samping luar bagian bawah kuku (bagian yang menghadap ibu jari)

- o. MF = *Middle Finger* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian pericardium. Letaknya jari tengah, samping luar bagian bawah kuku (bagian yang menghadap ibu jari)
- p. RF = *Ring Finger* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian triple warmer. Letaknya jari manis, samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)
- q. BF = *Baby Finger* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian jantung. Letaknya jari kelingking, samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari).
- r. GS = *Gamut Spot* : Mengetuk titik ini akan menyeimbangkan titik meridian triple warmer. Letaknya sisi pertemuan antara jari kelingking dan jari manis. Terdapat sembilan gerakan tambahan saat mengetuk titik gamut yaitu membuka mata.

4. Manfaat SEFT

Teknik kebebasan emosional sangat efektif dan efisien, kapanpun dan dimanapun, untuk tujuan kuratif, preventif dan promosi kesehatan. Tidak hanya itu, masalah mental, emosional, sosial, ekonomi, dan spiritual dapat diatasi dengan cepat dan efektif dengan penerapan teknik kebebasan emosional. (Fitriana., 2019)

5. Prinsip Kerja

Teknik kebebasan emosional adalah bentuk terapi yang sederhana, berdasarkan prinsip terapi meridian energi akupunktur, tetapi tanpa menggunakan jarum seperti pada akupunktur umumnya. Teknik ini bekerja dengan merangsang titik-titik meridian utama di tubuh melalui ketukan atau ketukan ringan. Dalam analogi, meridian

dapat diibaratkan sebagai sungai, dan masalah emosional atau fisik dapat berperan sebagai penghalang yang menghambat aliran "sungai" tersebut. Dengan melakukan ketukan ringan pada titik-titik meridian, energi kinetik dikirimkan ke sistem energi tubuh, sehingga memungkinkan pelepasan penghalang yang mengganggu aliran energi tersebut.

Terapi ini melibatkan penggunaan dua ujung jari untuk melakukan ketukan pada 18 titik meridian di tubuh, dengan tujuan untuk mengatasi hambatan emosional dan fisik yang mungkin ada. Salah satu contoh hambatan emosional yang dapat diatasi dengan teknik kebebasan emosional adalah kecemasan. Kecemasan dapat menyebabkan gangguan dalam aliran energi yang melalui titik-titik meridian di tubuh, dan dengan melakukan teknik ini, diharapkan aliran energi tersebut dapat pulih dan mengurangi efek negatif dari kecemasan tersebut.. (Fitriana, 2019).

E. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Hipertensi

1. Pengkajian

Teknik kebebasan emosional adalah versi sederhana dari terapi meridian energi akupunktur yang bekerja langsung pada sistem meridian tubuh. Berbeda dengan teknik akupunktur pada umumnya yang menggunakan jarum. Teknik kebebasan emosional merangsang titik meridian utama dengan mengetuk ringan. Dengan analogi, pikirkan meridian seperti sungai, masalah emosional atau fisik dapat menghambat aliran sungai. Mengetuk titik meridian mengirimkan energi kinetik ke sistem energi sehingga dapat menghilangkan penghalang yang menghalangi aliran energi dengan menggunakan ketukan atau ketukan ringan dengan dua ujung jari pada 18 titik meridian tubuh untuk mengatasi hambatan emosional dan fisik. Salah satu

hambatan emosional adalah kecemasan sehingga aliran energi dalam tubuh yang melewati titik meridian dapat terganggu. (Ferdinand et al., 2022)

2. Aspek pengkajian

a) Identitas klien

Meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, sukubangsa, status perkawinan, pekerjaan sebelumnya, pendidikan.

b) Status Kesehatan Saat Ini

Pada beberapa penderita hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, mimisan, pusing, wajah kemerahan, dan mudah lelah yang dapat terjadi pada penderita hipertensi. Jika hipertensi berat atau kronis dan tidak diobati, dapat terjadi gejala sakit kepala, kelelahan, muntah, sesak napas, penglihatan kabur, yang terjadi akibat kerusakan otak, mata, jantung dan ginjal. Terkadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran bahkan koma (Vladimir, 2018).

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Penyakit apa saja yang pernah diderita oleh klien sebelumnya, apakah keluhan pada hipertensi sudah diderita sejak lama, apakah mendapatkan pertolongan sebelumnya.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga digunakan untuk menentukan gambaran silsilah dengan menggunakan genogram. Genogram adalah alat atau informasi yang digunakan untuk mengetahui silsilah keluarga, yang biasanya mencakup tiga generasi.

a. Genogram

b. Interpretasi Genogram

3. Pemeriksaan Fisik

a. Penampilan Umum

Hal yang perlu diperiksa pada keadaan umum; Tingkat kesadaran, GCS, TTV, BB & TB, bagaimana postur tulang belakang lansia (Tegap, Membungkuk, Kifosis, Skoliosis, Lordosis), keluhan.

b. Penilaian tingkat kesadaran (Kualitatif)

- 1) Compos mentis (kesadaran penuh)
- 2) Apatis (acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya)
- 3) Somnolen (penurunan kesadaran, yang ditandai dengan klientampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsif terhadap rangsang ringan tetapi masih responsif terhadap rangsang kuat).
- 4) Sopor (tidak berespon ringan atau sedang, tetapi masih sedikit berespon terhadap rangsangan kuat, reflek pupil terhadap cahaya masih positif)
- 5) Koma (tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apa pun, refleksi pupil terhadap cahaya tidak ada)
- 6) Delirium (tingkat kesadaran paling rendah, disorientasi, kacau, dan salah persepsi terhadap rangsangan)

4. Status Gizi IMT (Indeks Masa Tubuh)

Tabel 2.2 Perhitungan IMT

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan}}{\text{Tinggi badan} \times \text{tinggi badan}}$$

Tinggi badan x tinggi badan

IMT	Kategori	Status Gizi
<17,0	Kekurangan berat badan tingkat berat	Sangat kurus
17,0 - < 18,5	Kekurangan berat badan tingkat ringan	Kurus

Sumber (Handayani, 2018)

5. Tanda-Tanda Vital

Biasanya Suhu dalam batas normal (37°C), Nadi normal (N: 70-82x/mnt). Tekanan darah kadang meningkat atau menurun, dan pernafasan biasanya mengalami normal atau meningkat.

6. Keadaan Umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami masalah psikososial hipertensi biasanya lemah.

7. Teknik Pemeriksaan Fisik

Data selanjutnya yang harus dikumpulkan oleh perawat adalah data tentang kesehatan fisik. Bukan hanya kondisi pasien, tapi kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga. Pemeriksaan fisik dilakukan terhadap seluruh anggota keluarga. Metode yang digunakan dalam pemeriksaan kepala keluarga adalah pemeriksaan fisik (Nissa et al., 2023)

8. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau

proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017).

- a. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan(**D.0055**) yang ditandai dengan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal.
- b. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (**D.0008**) ditandai dengan, dyspnea, tekanan darah meningkat atau menurun, nadi perifer terasa lemah CRT > 3 detik, orturia warna kulit pucat dan sianosis.
- c. Defisiensi pengetahuan (**D.0111**) berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan klien menyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

9. Intervensi Keperawatan

Dalam Siti Rachmah, (2022) intervensi keperawatan adalah tindakan yang dirancang untuk membantu klien dalam berpindah dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat kesehatan yang diinginkan sesuai dengan hasil yang diharapkan. Asuhan keperawatan yang diberikan disesuaikan dengan kelompok lansia, baik lansia aktif maupun pasif.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
----	----------------------	---------------------------	------------

1	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan (L.05045) Pola Tidur meningkat : 1. Pola tidur meningkat 2. meningkatkan Istirahat cukup</p>	<p>Dukungan tidur Edukasi : 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi pengganggu tidur (fisik maupun psikologis. Terapeutik : 3. Modifikasi lingkungan 4. Batasi waktu tidur siang jika perlu. 5. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur. Edukasi : 6. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 7. Anjurkan menempati kebiasaan waktu tidur 8. Ajarkan factor – factor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur misalnya psikologis maupun gaya hidup 9. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara</p>
---	---	---	---

			ninfarmakologi lainya.
2	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan, dipsnea, tekanan darah meningkat atau menurun, nadi perifer teraba lemah, CRT > 3 detik, origuria, warna kulit pucat dan atau sianosis (D.0008).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan curah jantung (L.02008) meningkat dengan kriteria hasil 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Dipsnea menurun 3. Origuria menurun 4. Pucat / sianosis menurun 5. Terkanan darah membaik 6. CRT membaik	Perawatan jantung (I.02075) Observasi : 1. Identifikasi tanda gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda / gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan output 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor keluhan nyeri dada 7. Monitor EKG 12 sandapan Terapeutik 8. Posisikan pasien semi fowler atau fowler 9. Berikan diet jantung yang sesuai 10. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk memotivasi gaya hidup sehat

			<p>11. Berikan terapi relaksasi jika perlu</p> <p>12. Berikan oksigen untuk mempertahankan oksigen</p> <p>Edukasi</p> <p>13. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>14. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>15. Anjurkan berhenti merokok</p> <p>16. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</p> <p>Kolaborasi</p> <p>17. Kolaborasi pemberian anti aritmia jika perlu</p>
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan klien menanyakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Tingkat pengetahuan (L.12111) meningkat dengan kriteria hasil :	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>observasi</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi</p>

	<p>n masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi (yang keliru terhadap masalah (D.0111)).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan meningkat 2. Perilaku sesuai pengetahuan 3. Pertanyaan tentang masalah yang menurun 	<p>perilaku-perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan 3. kesehatan sesuai kesepakatan Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	---	--	---

10. Implementasi Keperawatan

Dalam Siti Rachmah, (2022), Implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari

masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

11. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan didefinisikan sebagai keputusan efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang muncul (Siti Rachmah, 2022). Sedangkan dalam evaluasi keperawatan adalah kategori perilaku keperawatan dalam menentukan pembuatan dan pencatatan hasil tindakan keperawatan yang telah dicapai.

Tahap pengkajian atau evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan gerontik. Penilaian dilakukan dengan membandingkan kondisi lansia dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana. Evaluasi dilakukan secara terus menerus dengan melibatkan lansia dan tenaga kesehatan lainnya. Jenis Evaluasi menurut (Siti Rachmah, 2022) terbagi menjadi tiga jenis, yaitu:

a. Evaluasi struktur

Evaluasi struktur difokuskan pada kelengkapan prosedur atau keadaan sekitar tempat pelayanan keperawatan diberikan. Aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi penyampaian layanan. Penyediaan peralatan, fasilitas fisik, rasio perawat-klien, dukungan administrasi, pemeliharaan dan pengembangan kompetensi staf keperawatan di area yang diinginkan

b. Evaluasi Proses

Evaluasi Proses berfokus pada kinerja perawat, dan apakah perawat merasa nyaman dalam memberikan pelayanan keperawatan, tanpa tekanan, dan sesuai

kewenangan. Area perhatian dalam evaluasi proses meliputi jenis informasi yang diperoleh selama wawancara dan pemeriksaan fisik, validasi formulasi diagnosis keperawatan, dan keterampilan teknis perawat.

c. Evaluasi hasil

Evaluasi hasil berfokus pada respons dan fungsi klien. Respon perilaku lansia merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi formatif dilakukan sesaat setelah perawat melakukan tindakan pada lansia. Evaluasi hasil/sumatif: menilai hasil asuhan keperawatan yang ditunjukkan dengan perubahan perilaku lansia setelah semua tindakan keperawatan dilakukan. Evaluasi ini dilakukan pada akhir tindakan keperawatan paripurna.

Hasil evaluasi yang menentukan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan membandingkan SOAP (Subjective-Objective Assessment- Planning) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

S (Subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang diperoleh dari lansia setelah diberikan tindakan.

O (Tujuan) adalah informasi yang diperoleh berupa observasi, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan..

A (Assessment) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P (Perencanaan) merupakan rencana keperawatan

lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.

12. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan didokumentasikan dalam bentuk format SOAPIER.

S: Subjektif (pernyataan atau keluhan pasien)

O.:Subjektif (pernyataan atau keluhan pasien)

A :Analisis (kesimpulan berdasarkan data subjektif dan data objektif)

P : Planning (apa yang dilakukan terhadap masalah)

I : Implementation (bagaimana rencana dilakukan)

E: Evaluation (respon pasien terhadap tindakan keperawatan)

R : Reviced (apakah rencana keperawatan akan diubah)