

BAB 2

TINJAUAN LITERATUR

2.1. Konsep Lansia

2.1.1. Pengertian Lansia

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2015, lanjut usia (Lansia) adalah orang dengan usia 60 tahun ke atas (Awanis, 2021). Orang yang sudah lanjut usia pasti mengalami perubahan biologis, fisik dan mental, yang dari perubahan ini akan sangat berpengaruh pada Kesehatan, salah satunya pada musculoskeletal. Oleh karena itu, perlu adanya perlakuan khusus pada lansia guna menjaga Kesehatannya. Hal ini berkaitan dengan UU Kesehatan no. 36 tahun 2009 pasal 138 ayat 1 yang intinya menyebutkan bahwa Kesehatan lansia harus diperhatikan secara khusus, dirawat dan ditingkatkan agar sesuai dengan martabat kemanusiaan.(Maulana, 2019).

2.1.2. Penggolongan Umur Lansia Menurut Depkes RI

- a. Pra – Lansia adalah kelompok dengan usia 45 – 59 tahun
- b. Usia Lanjut (Lansia) adalah Kelompok dengan usia 60 – 69 tahun
- c. Usia lanjut dengan risiko tinggi adalah Kelompok dengan usia lebih dari 70 tahun

2.2. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

2.2.1. Definisi Penyakit Hipertensi

Tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri. Tekanan darah terbagi menjadi dua, yaitu tekanan darah sistolik dan diastolik. Tekanan sistolik adalah tekanan tertinggi pada dinding arteri yang terjadi saat ventrikel berkontraksi, sementara tekanan diastolik adalah tekanan terendah yang terjadi pada saat jantung relaksasi (Yunding et al., 2021). Tekanan darah adalah daya yang diperlukan agar darah dapat mengalir didalam pembuluh darah dan beredar mencapai semua jaringan tubuh. Apabila terjadi hambatan di pembuluh darah, maka tubuh akan meningkatkan tekanan darah sehingga darah dapat beredar ke seluruh tubuh. Peningkatan tekanan darah ini lah yang berpotensi menyebabkan terjadinya Hipertensi.(Emah Marhamah1, 2023)

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang paling umum dan paling banyak diderita masyarakat. Hipertensi sekarang menjadi masalah utama, tidak hanya di Indonesia tapi di dunia, karena hipertensi ini merupakan salah satu pintu masuk atau faktor risiko penyakit seperti gagal ginjal, diabetes, stroke, jantung. Hipertensi ditandai dengan tekanan darah sistolik berada diatas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik berada di atas 90 mmHg (Utari et al., 2023).

2.2.2. Klasifikasi Hipertensi

Mengenai klasifikasi hipertensi menurut Kemenkes pada tahun 2018 adalah sebagai berikut (Kemenkes, 2018) :

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

No	Kategori	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
1	Normal	<120	<80
2	Pre Hipertensi	120 – 139	80 – 90
3	Hipertensi Derajat I	140 – 159	91 – 99
4	Hipertensi Derajat II	>160	>100

2.2.3. Etiologi

Penyebab hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu hipertensi essensial (primer) merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya dan ada kemungkinan karena faktor keturunan atau genetik (90%). Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang merupakan akibat dari adanya penyakit lain. Faktor ini juga erat hubungannya dengan gaya hidup dan pola makan yang kurang baik. Faktor makanan yang sangat berpengaruh adalah kelebihan lemak (obesitas), konsumsi garam dapur yang tinggi, merokok dan minum alkohol.

Penyebab hipertensi pada lansia terjadi beberapa perubahan yaitu :

- a. Katup jantung menebal
- b. Kemampuan jantung memompa darah menurun
- c. Elastisitas dinding aorta menurun
- d. Kehilangan elastisitas pada pembuluh darah
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

2.2.4. Faktor Resiko Hipertensi

Menurut Nurjanah (2019), faktor risiko hipertensi dibedakan menjadi 2, yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah.

a. Faktor Risiko Yang Tidak Dapat Diubah

1) Umur

Menurut Nurjannah (2019) dalam Fadli (2022), hipertensi umumnya terjadi pada seseorang di usia 30 tahun keatas, namun kebanyakan pasien dengan hipertensi berumur lebih dari 60 tahun, hal ini disebabkan karena pada seseorang yang telah lansia, terjadi perubahan struktur pada pembuluh darah, sehingga dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku dan akibatnya terjadi peningkatan tekanan darah.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin berpengaruh terhadap terjadinya hipertensi, dimana menurut Hedirman (2014) laki – laki lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan dengan wanita setidaknya sampai usia \pm 55 tahun. Namun setelah wanita memasuki fase menopause, risiko terjadinya hipertensi meningkat.(Trisnawaty, 2022)

3) Keturunan (Genetik)

Faktor genetik yang dipengaruhi juga oleh faktor lingkungan akan meningkatkan potensi seseorang mengalami hipertensi. Jika

kedua orang tua menderita Hipertensi, maka sekitar 45% akan menjadi penyakit yang menurun ke anaknya. Namun jika hanya salah satu orang tua yang menderita hipertensi, maka sekitar 30% akan turun ke anaknya (Fadli, 2022).

b. Faktor Risiko Yang Dapat Diubah

1) Berat Badan Berlebih

Menurut Kemenkes RI (2020), obesitas atau kelebihan berat badan merupakan ciri khas dari pasien hipertensi. Walaupun belum bisa dijelaskan hubungan antara obesitas dengan hipertensi, namun daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang mempunyai tekanan darah normal.

2) Stres

Menurut Aliffandi (2022), hipertensi akibat stres dikarenakan aktivitas saraf simpatis yang mengalami peningkatan sehingga menjadikan tekanan darah meningkat secara tidak menentu. Jika stres yang berpanjangan akan mengakibatkan tekanan darah tetap tinggi dan tekanan arteri sering meningkat sampai dua kali normal dalam beberapa detik. Stres atau kegelisahan meningkatkan tekanan darah sebanyak 30 mmHg.

3) Kebiasaan Merokok

Merokok merupakan salah satu pemicu terjadinya tekanan darah tinggi, dikarenakan dapat menyebabkan kebutuhan oksigen

untuk disuplai ke otot jantung dan denyut jantung mengalami peningkatan. Risiko tekanan darah tinggi akibat rokok berkaitan dengan jumlah rokok yang diisap per hari, bukan karena lamanya seseorang merokok. (Saparudin dan Himalana, 2020).

4) Konsumsi Garam Berlebih

Nurjanah (2019), mengatakan bahwa konsumsi garam yang berlebih akan mengakibatkan keseimbangan natrium dan kalium terganggu, sehingga ginjal sulit untuk bekerja secara normal dan akan menyebabkan penumpukan cairan di dalam tubuh. Hal ini akan mengakibatkan peningkatan volume dan tekanan darah.

5) Aktivitas Fisik

Pada orang yang jarang melakukan kegiatan fisik, cenderung memiliki denyut jantung yang lebih tinggi, hal ini diakibatkan otot jantung bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Semakin keras usaha otot jantung dalam memompa darah, semakin besar pula tekanan darah yang dibebankan pada arteri. (Trisnawaty, 2022)

6) Konsumsi Alkohol dan Kafein Berlebih

Adanya peningkatan hormon kortisol, peningkatan volume sel darah merah dan kekentalan darah yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah, sementara kafein diketahui dapat membuat jantung berpacu lebih cepat sehingga mengalirkan darah

lebih banyak setiap detiknya, akan tetapi dalam hal ini kafein memiliki reaksi yang berbeda pada setiap orang (Trisnawaty, 2022)

2.2.5. Tanda Dan Gejala

Menurut (Ningrum et al., 2021). Gejala yang timbul karena penyakit hipertensi berbeda pada setiap orang, beberapa dari mereka bahkan tidak memiliki gejala. Secara umum, gejala yang dirasakan orang yang mengalami hipertensi adalah sebagai berikut:

- a. Sakit kepala
- b. Detak jantung terasa cepat
- c. Telinga berdengung
- d. Lemas dan kelelahan
- e. Gelisah
- f. Mual
- g. Muntah
- h. Epitaksis
- i. Kesadaran menurun

2.2.6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1) Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan dan dapat mengidentifikasi factor resiko seperti anemia
 - 2) BUN/kreatinin ; memberikan informasi tentang fungsi ginjal
 - 3) Glukosa : hiperglikemia (DM adalah pencetus hipertensi) diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin

- 4) Urinalisa : Glukosa darah, protein mengisaratkan disfungsi ginjal
- b. CT Scan : mengkaji adanya tumor serebral dan ensefalopati
- c. EKG : dapat menunjukkan dimana luas, pola renggangan dan peninggian gelombang adalah salah satu tanda penyakit jantung hipertensi.
- d. IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti perbaikan ginjal, dan batu ginjal.
- e. Rontgen Dada : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katub dan pembesaran jantung (Ahmad et al, 2021) .

2.2.7. Komplikasi

Penyakit Hipertensi dapat menyebabkan beberapa komplikasi serius, diantaranya :

- a. Stroke

Stroke dapat disebabkan oleh hipertensi, di mana ketika hipertensi terjadi, hal ini dapat mengakibatkan pembuluh darah arteri yang mengalir ke otak mengalami pembesaran dan penebalan, sehingga mengakibatkan penurunan aliran darah ke otak. (Muzamil, 2021)

- b. Miokard Infark

Miokard Infark dapat terjadi apabila terjadi sumbatan pada arteri yang menyuplai oksige ke jantung, sumbatan tersebut dapat berupa aterosklerosis, maupun trombus. Kondisi hipertensi kronis dapat mengakibatkan kebutuhan oksigen otot jantung / miokardium

tidak terpenuhi, sehingga dapat menyebabkan terjadinya iskemia jantung.(Trisnawaty, 2022)

c. Gagal Ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal. Rusaknya glomerulus darah akan mengalir keunit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering di jumpai pada hipertensi kronik (Trisnawaty, 2022).

2.2.8. Penatalaksanaan

Nurjanah (2019), mengatakan bahwa hipertensi merupakan penyakit yang tidak bisa disembuhkan namun dapat dikontrol. Secara umum penatalaksanaan hipertensi ada 2, yaitu :

a. Penatalaksanaan Non – Farmakologis

Penatalaksanaan non – farmakologis untuk pasien hipertensi terdiri dari berbagai macam modifikasi, diantaranya :

1) Mempertahankan berat badan ideal

Menurut Fadli (2022), mempertahankan berat bada ideal berarti mempertahankan berat badan yang sesuai dengan *Body Mass Index* (BMI). BMI dapat diketahui dengan cara menghitung menggunakan rumus badan dibagi tinggi badan kuadrat.

Mengatasi obesitas dapat dilakukan dengan diet rendah kolesterol namun kaya dengan serat dan protein.

2) Olahraga teratur

Olahraga teratur dapat menambah kebugaran dan memperbaiki metabolisme tubuh yang dapat mengontrol tekanan darah. Berolahraga selama 30-45 menit dan sebanyak 3-4 kali dalam seminggu, olahraga yang bisa dilakukan adalah senam aerobik atau jalan cepat (Fadil, 2022).

3) Kurangis asupan garam

Mengurangi asupan sodium pada makanan yang bisa dilakukan dengan diet rendah garam yang tidak lebih dari 100 mmol/hari atau setara dengan 1 sendok teh perhari.

4) Berhenti merokok dan alkohol

Berhenti atau mengurangi merokok dan konsumsi alkohol merupakan salah satu cara untuk menurunkan tekanan darah dikarena dua hal tersebut sebagai salah satu faktor risiko penyakit kardiovaskuler.

5) Pengendalian emosi

Berbagai cara relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan emosi salah satunya adalah melakukan terapi komplementer. Terapi komplementer diantaranya ada *massage*, hipnoterapi, akupresur, dan lain sebagainya.

b. Penatalaksanaan Farmakologis

1) Penghambat saraf simpatis

Golongan ini bekerja dengan menghambat aktivitas saraf simpatis sehingga mencegah naiknya tekanan darah, contohnya: Metildopa 250 mg (medopa, dopamet), klonidin 0,075 & 0,15 mg (catapres) dan reserprin 0,1 & 0,25 mg (serpasil, Resapin).

2) Beta Bloker

Bekerja dengan menurunkan daya pompa jantung sehingga pada gilirannya menurunkan tekanan darah. Contoh: propranolol 10 mg (inderal, farmadral), atenolol 50, 100 mg (tenormin, farnormin), atau bisoprolol 2,5 & 5 mg (concor).

3) Vasodilator

Bekerja langsung pada pembuluh darah dengan merelaksasi otot pembuluh darah.

4) Angiotensin Converting Enzym (ACE) Inhibitor

Bekerja dengan menghambat pembentukan zat Angiotensin II (zat yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah). Contoh: Captopril 12,5, 25, 50 mg (capoten, captensin, tensikap), enalapril 5 & 10 mg (tenase).

5) Calcium Antagonis

Golongan obat ini menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas). Contohnya:

nifedipin 5 & 10 mg (adalat, codalat, farmalat, nifedin), diltiazem 30,60,90 mg (herbesser, farmabes).

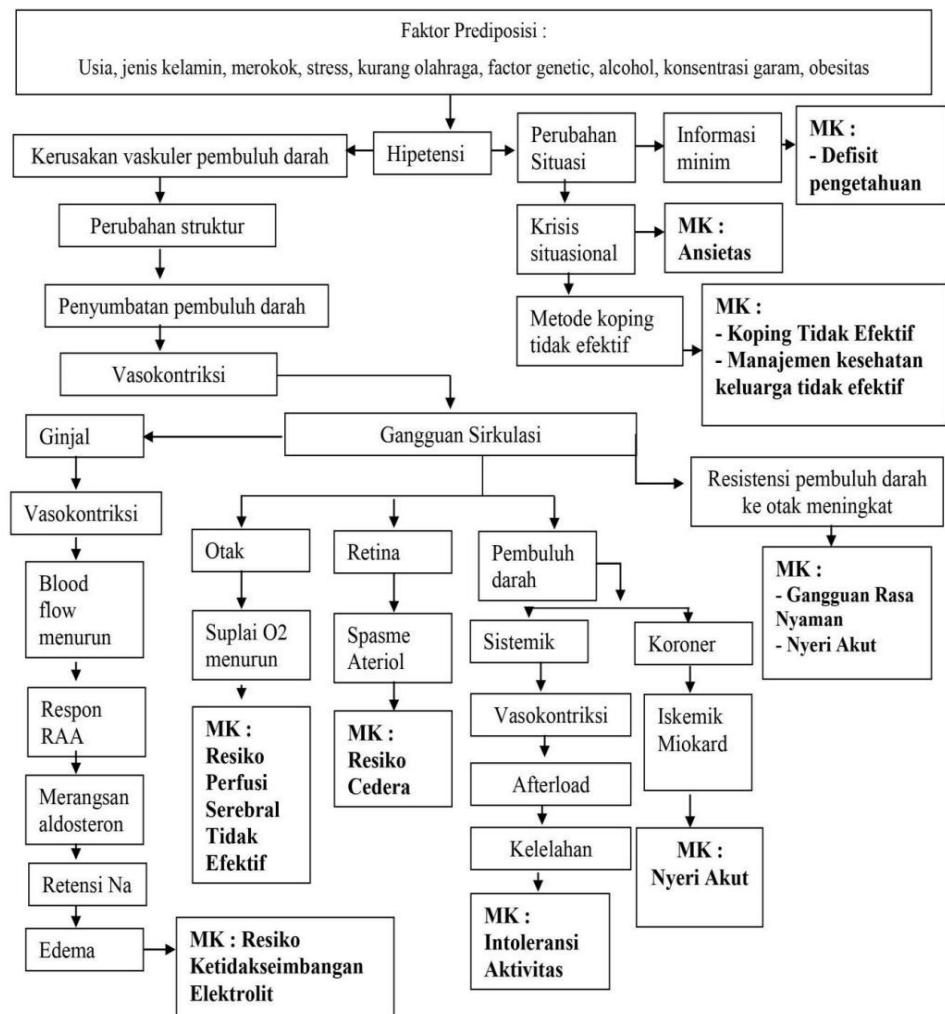
6) Antagonis Reseptor Angiotensin II

Cara kerjanya dengan menghalangi penempelan zat angiotensin II pada reseptornya yang mengakibatkan ringannya daya pompa jantung. Contoh : valsartan (diovan).

7) Diuretic

Obat ini bekerja dengan cara mengeluarkan cairan tubuh (lewat urin) sehingga volume cairan tubuh berkurang, sehingga mengakibatkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan.

2.2.9. Web Of Caution



2.3. Konsep Intervensi Slow Stroke Back Massage

2.3.1. Definisi Massage

Massage adalah sebuah teknik dimana seseorang melakukan tekanan dengan menggunakan tangan pada bagian jaringan lunak tanpa menyebabkan perubahan posisi sendi dan bertujuan untuk merelaksasi, memperbaiki sirkulasi dan meredakan nyeri. (Aisiah, 2021)

2.3.2. Definisi Slow Stroke Back Massage

Slow Stroke Back Massage adalah teknik pijat yang ditandai dengan pijatan yang memanjang, perlahan, gerakan meluncur dan gerakan stroking menggunakan dua tangan secara bersamaan dan berulang dari daerah sacral ke daerah cervical pada tulang belakang. *Slow Stroke Back Massage* ini merupakan terapi manipulasi dengan pijatan lembut pada jaringan yang bertujuan memberikan efek terhadap fisiologis terutama pada vaskular, muskular, dan sistem saraf pada tubuh. (Sunaryanti et al., 2023).

Menurut Lindquist et al, (2014) dalam Wulandari (2020) *Slow Stroke Back Massage* atau sering disebut SSBM adalah terapi pijat punggung yang dilakukan secara lambat menggunakan usapan telapak tangan dan jari yang dilakukan selama 3 – 10 menit.

2.3.3. Kriteria Indikasi dan Kontraindikasi

Menurut Casanelia dan Stelfox (2010) dalam Wulandari (2020), indikasi dan kontraindikasi dari *Slow Stroke Back Massage*, yaitu :

a. Kriteria Indikasi :

- 1) Dengan masalah nyeri, *Slow Stroke Back Massage* mampu mengurangi intensitas nyeri
- 2) Dengan masalah kecemasan
- 3) Dilakukan untuk salah satu intervensi menurunkan tekanan darah dan menurunkan frekuensi jantung
- 4) Dilakukan untuk memperbaiki kualitas tidur

b. Kriteria Kontraindikasi :

- 1) Pada punggung yang mengalami luka bakar
- 2) Punggung yang mengalami luka memar
- 3) Terdapat ruam kulit, kemerahan, dan peradangan di punggung.
- 4) Terdapat tulang belakang atau tulang rusuk yang patah

2.3.4. Prosedur

Prosedur *Slow Stroke Back Massage* adalah sebagai berikut :

a. Persiapan Alat

- 1) Handuk
- 2) Lotion / Minyak

b. Persiapan Klien

- 1) Mengatur tempat dan posisi pronasi atau side lying dengan punggung menghadap ke arah perawat.
- 2) Membuka pakaian klien pada daerah punggung
- 3) Tetap menjaga privasi klien
- 4) Mengkaji kondisi kulit

- 5) Mengkaji TD
- c. Persiapan Lingkungan
- 1) Mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi klien
 - 2) Mengatur cahaya, suhu, dan suara di dalam ruangan untuk meningkatkan relaksasi klien.
- d. Langkah – langkah pelaksanaan slow stroke back massage
- 1) Perawat menjelaskan tujuan terapi
 - 2) Mencuci tangan sebelum melaksanakan tindakan
 - 3) Aplikasikan lotion / minyak pada bagian bahu dan punggung pasien
 - 4) Meletakkan tangan pada area punggung. Kemudian mulai massage dengan gerakan melingkar
 - 5) Usapkan dilakukan ke atas dari punggung ke bahu.
 - 6) Massase diatas scapula dengan gerakan lembut
 - 7) Mengulangi gerkan yang sama
 - 8) Akhiri gerakan dengan masase memanjang ke bawah
 - 9) Bersihkan lotion dengan handuk, dan bantu klien Kembali ke posisi yang nyaman.
- e. Tahap Terminasi
- 1) Akhiri prosedur dengan komunikasi terapeutik
 - 2) Evaluasi perasaan pasien
 - 3) Evaluasi hasil intervensi tersebut
 - 4) Cuci tangan setelah intervensi

- f. Dokumentasi hasil intervensi

2.3.5. Manfaat

Menurut Emah Marhamah (2023), Manfaat dari pemberian *Slow Stroke Back Massage* diantaranya adalah :

- a. Menurunkan tekanan darah
- b. Merasa lebih nyaman
- c. Mengurangi ketegangan yang dapat menurunkan toleransi nyeri
- d. Menurunkan ansietas

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia

Proses keperawatan mencakup 5 tahap, diantaranya adalah Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi. Tujuan dari proses asuhan keperawatan pada lansia ini adalah untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data dari kebutuhan perawatan kesehatan pasien, menentukan prioritas dari masalah keperawatan yang terjadi, menetapkan tujuan asuhan, serta melaksanakan rencana asuhan dan mengevaluasi keefektifan asuhan keperawatan dalam mencapai hasil dan tujuan yang diharapkan (VF Simak, S Renteng, 2021).

2.4.1. Pengkajian

Pengkajian adalah sebuah proses untuk mengenal dan mengidentifikasi faktor – faktor (baik positif maupun negatif) pada lansia yang dapat bermanfaat untuk mengetahui masalah dan kebutuhan lansia.

Identifikasi Klien

Meliputi nama, umur, pendidikan, jenis kelamin, status mental, agama, pekerjaan, tanggal pengkajian, dan alamat klien.

a. Status Kesehatan Saat Ini

Status kesehatan saat ini meliputi keluhan kesehatan yang terjadi saat ini, keluhan biasanya dituliskan dengan format *Provocatif, Quality, Region, Severity, Timing*.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi masalah kesehatan yang pernah terjadi pada klien dulu, baik masalah kesehatan yang telah mendapatkan diagnosa medis dari dokter, maupun keluhan yang pernah terjadi dulu.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi masalah kesehatan yang pernah dialami oleh anggota keluarga se – darah nya (Orang tua, adik kandung, kakak kandung).

d. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda – Tanda Vital

Melakukan pemeriksaan tanda vital, diantaranya tekanan darah, nadi, suhu, frekuensi napas, berat badan, dan tinggi badan

2) Kepala dan Leher

- Inspeksi : Mengkaji kebersihan rambut, terlihat adanya benjolan, bekas luka, atau ruam di daerah kepala
- Palpasi : Mengkaji apakah teraba benjolan di daerah kepala dan leher

3) Sistem Indra (Pengelihatan)

- Inspeksi : Mengkaji kesimetrisan bentuk kedua mata, terdapat luka atau tidak di area kedua mata, konjungtiva anemis atau tidak, bagaimana refleks pupil.
- Palpasi : Mengkaji apakah teraba adanya benjolan di daerah mata dan apakah terdapat nyeri pada area mata

4) Sistem Pernapasan

- Inspeksi : Mengkaji apakah bentuk dada simetris, apakah terdapat luka pada area dada, apakah terdapat benjolan pada area dada, apakah tampak adanya retraksi dinding dada, apakah terdapat pernapasan cuping hidung, apakah terlihat klien menggunakan otot bantu pernapasan, berapa frekuensi napas klien.
- Palpasi : Mengkaji apakah terdapat nyeri tekan pada area dada, mengkaji getaran pada dada dan punggung.
- Perkusi : Mengkaji bunyi perkusi pada dada apakah suaranya resonan atau sonor
- Auskultasi : Mengkaji bagaimana suara napas dan apakah terdapat bunyi napas tambahan (Vesikuler, Ronchi, Wheezing)

5) Sistem Kardiovaskular

- Inspeksi : Mengkaji apakah terlihat adanya pembesaran Vena Jugularis di daerah leher, apakah terlihat adanya edema pada

daerah ekstremitas, apakah terdapat luka pada daerah dada, mengukur tekanan darah.

- Palpasi : Apakah terdapat nyeri pada area dada, menghitung denyut nadi
- Perkusi : Mengidentifikasi suara perkusi jantung redup
- Auskultasi : Mengkaji bunyi jantung (S1 dan S2, murmur, gallop)

6) Sistem Pencernaan

- Inspeksi : Mengkaji bentuk permukaan abdomen, apakah terdapat luka pada area abdomen
- Auskultasi : Mengkaji frekuensi bising usus
- Palpasi : Apakah terdapat nyeri tekan pada area perut, dilakukan palpasi untuk mengkaji apakah ada hepatomegali
- Perkusi : Mengidentifikasi bunyi perkusi perut apakah kembung atau tidak, timpani atau hipertimpani

7) Sistem Persyarafan

- Nervus I Olfactori (Penciuman)
- Nervus II Optic (Penglihatan)
- Nervus III Okulomotor (Gerak ekstraokuler mata, Konstriksi dilatasi pupil)
- Nervus IV Trokhlear (Gerakan bola mata ke atas dan bawah).
- Nervus V Trigeminal (Sensori kulit wajah, pergerakan otot rahang)

- Nervus VI Abduksen (Gerakan bola mata menyamping)
- Nervus VII Fasial (Ekspresi fasial dan Pengecapan)
- Nervus VIII Auditori (Pendengaran)
- Nervus IX Glossofaringeal (Gangguan Pengecapan, kemampuan menelan, dan Gerakan lidah)
- Nervus X Vagus (Sensasi Faring, Gerakan pita suara)
- Nervus XI Asesoris (Gerakan kepala dan bahu)
- Nervus XII Hipoglosal (Posisi lidah)

8) Sistem Muskuloskeletal

- Inspeksi : Mengkaji apakah terdapat edema di area ekstremitas, apakah terdapat luka di area ekstremitas, bagaimana kekuatan otot, apakah kedua ekstremitas lengkap
- Palpasi : bagaimana kekuatan otot, apakah terdapat benjolan pada area ekstremitas

9) Sistem Integumen

- Inspeksi : Mengkaji kebersihan kondisi kulit, suhu kulit

e. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

1) Psikososial

Pada pengkajian ini, klien diharapkan menjelaskan mengenai kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien pada orang lain, harapan – harapan klien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan klien dalam sosialisasi, dll.

2) Masalah Emosional

Pada pengkajian ini, terdiri dari 2 tahap pertanyaan yang akan diajukan, diantaranya sebagai berikut :

a) Pertanyaan Tahap 1

- Apakah klien mengalami sukar tidur?
- Apakah klien sering merasa gelisah?
- Apakah klien sering murung atau menangis sendiri?
- Apakah klien sering was- was atau khawatir?

Apabila terdapat 1 atau lebih jawaban “Ya”, maka pengkajian harus dilanjutkan ke pertanyaan tahap 2

b) Pertanyaan Tahap 2

- Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan?
- Ada masalah atau banyak pikiran?
- Ada gangguan / masalah dengan keluarga lain?
- Menggunakan obat tidur / penenang atas anjuran dokter?
- Cenderung mengurung diri?

Apabila terdapat 1 atau lebih jawaban “Ya”, maka dapat disimpulkan bahwa klien memiliki Masalah Emosional.

3) Spiritual

Mengkaji mengenai Nilai dan keyakinan yang dimiliki klien, kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan, konsep dan

keyakinan klien akan kematian, harapan klien terkait dengan keyakinannya, dll

f. Pengkajian Fungsional Gerontik

Dalam pengkajian ini, terdapat beberapa indeks yang menentukan seberapa mandiri klien dalam melakukan aktivitas sehari – hari, diantaranya :

1) KATZ Indeks

Dalam pengkajian ini, terdapat beberapa kategori dari A – Z yang menunjukkan seberapa mandiri klien dalam beraktivitas, kategori yang dimaksud diantaranya :

A = Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK, BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi

B = Mandiri semuanya kecuali salah satu dari fungsi di atas.

C = Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain.

D = Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain.

E = Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain.

F = Mandiri, kecuali mandi berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.

G = Ketergantungan untuk semua fungsi di atas

Keterangan :

Mandiri : berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Seseorang yang menolak untuk melakukan suatu

fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu

2) Barthel Indeks

Dalam pengkajian ini, terdapat tabel yang berisikan kriteria serta skornya. Kemandirian klien dapat dilihat dari total skor.

NO	KRITERIA	NILAI		KETERANGAN
		DENGAN BANTUAN	MANDIRI	
1	Makan	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
2	Minum	5	10	Frekuensi : Jumlah : Jenis :
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya	5 – 10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi
5	Keluar masuk toilet (menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi
7	Jalan di permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi : Konsistensi :
11	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	Frekuensi : Konsistensi :
12	Olahraga / latihan	5	10	Frekuensi : Jenis :
13	Rekreasi / pemanfaatan waktu luang	5	10	
Jumlah nilai dari semua item				

Keterangan :

- Score 130 : Mandiri
- Score 65 – 125 : Ketergantungan sebagian
- Score 60 : Ketergantungan Total

g. Pengkajian Status Mental Gerontik

Dalam pengkajian ini, dilakukan beberapa identifikasi mengenai status mental lansia, diantaranya :

1) *Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)*

Dalam pengkajian ini, akan diajukan pertanyaan 1 – 10 pada daftar berikut dan catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan tersebut

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		01	Tanggal berapa hari ini ?
		02	Hari apa sekarang ini ?
		03	Apa nama tempat ini ?
		04	Dimana alamat anda ?
		05	Berapa umur anda ?
		06	Kapan anda lahir ?
		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
		09	Siapa nama ibu anda ?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun

2) *Mini Mental Status Exam (MMSE)*

Pengkajian ini dilakukan untuk mengidentifikasi aspek kognitif dari fungsi mental.

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKSIMAL	NILAI KLIEN	KRITERIA
1A	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Musim <input type="checkbox"/> Tanggal <input type="checkbox"/> Hari <input type="checkbox"/> Bulan
1B	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada ? <input type="checkbox"/> Negara Indonesia

				<input type="checkbox"/> Propinsi Jawa Barat <input type="checkbox"/> Kota Tasikmalaya <input type="checkbox"/> PSTW (Alamat rumah) <input type="checkbox"/> Wisma (Tempat yang ditinggali)
2.	Registrasi	3		<p>Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan)</p> <input type="checkbox"/> Obyek <input type="checkbox"/> Obyek <input type="checkbox"/> Obyek
3.	Perhatian dan Kalkulasi	5		<p>Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat.</p> <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65
4.	Mengingat	3		<p>Minta klien untuk mengulangi menyebutkan ketiga obyek pada no. 2. Bila benar 1 point untuk masing-masing obyek</p>
5	Bahasa	9		<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya :</p> <input type="checkbox"/> Misal nametag <input type="checkbox"/> Misal balpoin <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : “tak, ada, jika dan atau tetapi “. Bila benar nilai 1 (satu) point</p>

				<p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari tiga langkah:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambil kertas ke tangan anda <input type="checkbox"/> Lipatkan (dua) <input type="checkbox"/> Taruh dilantai <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> “Tutup mata Anda” <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tulis satu kalimat <input type="checkbox"/> Menyalin gambar
--	--	--	--	--

Keterangan :

- Score > 23 : Mandiri
- Score 18 - 22 : Ketergantungan sebagian
- Score < 17 : Ketergantungan Total

h. Pengkajian Keseimbangan

Pengkajian keseimbangan perlu dilakukan untuk mengetahui seberapa besar risiko jatuh yang dialami klien. Adapula hal – hal yang perlu dikaji diantaranya :

1) Perubahan Posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi dibawah ini :

a) Bangun dari kursi

Tidak bangun dari duduk dengan satu gerakan, tetapi mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

b) Duduk di kursi (kursi yang keras)

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah-tengah kursi

c) Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum perlahan-lahan sebanyak tiga kali)

Klien menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya

d) Perlakuan seperti no. c dengan mata tertutup

Periksa kepercayaan pasien tentang input penglihatan untuk keseimbangannya

e) Perputaran leher

Menggerakkan kaki, menggenggam obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya, keluhan vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil

f) Gerakan menggapai sesuatu

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya, sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil, memegang sesuatu obyek untuk dukungan

g) Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil benda-benda kecil (misalnya ballpoint) dari lantai, memegang obyek untuk bisa berdiri lagi, memerlukan usaha kompleks untuk bangun.

2) Perubahan Posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi dibawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi dibawah ini

a) Minta klien untuk berjalan ke tempat yang di tentukan

Ragu-ragu, tersandung, memegang obyek untuk dukungan

b) Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)

Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (digeser atau diseret, mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)

c) Kontinuitas langkah kaki (lebih baik diobservasi dari samping klien)

Setelah langkah-langkah awal, langkah mnejadi tidak konsisten, memulai, mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai

d) Kesimetrisan langkah (lebih baik diobservasi dari samping klien)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari satu sisi ke sisi lain

e) Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik diobservasi dari belakang klien)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari satu sisi ke sisi lain.

f) Berbalik

Berhenti sebelum berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang obyek untuk dukungan.

Interpretasi hasil :

Jumla nilai klien diinterpretasikan :

- Score 0 - 5 : Risiko jatuh rendah
- Score 6 - 10 : Risiko jatuh sedang
- Score 11 - 15 : Risiko jatuh tinggi

i. Pengkajian Inventaris Depresi BECK

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat depresi yang dialami lansia. Prosedur tindakan : Lingkari angka sesuai uraian atau jawaban lansia pada masing – masing komponen pemeriksaan dan hitung total akhir skor.

A.	Kesedihan
3	Saya sangat sedih/tidak bahagia diaman saya tak dapat menghadapinya
2	Saya merasa 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 peduli 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 nafsu 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
	Total score :
	Kesimpulan :
	Total score : 0-4 : tidak ada depresi 5-7 : depresi ringan 8-15 depresi sedang 16 + : depresi berat

j. Pengkajian APGAR Keluarga dengan Lansia

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui fungsi sosialisasi lansia. Prosedur pemeriksaan : berikan skore pada masing masing jawaban lansia dengan skore 0 jika tidak pernah, 1 jika kadang kadang, dan 2 jika selalu. Hitung total skore dan interpretasikan.

Total skore < 3 = disfungsi keluarga sangat tinggi,

skore 4 – 6 = disfungsi keluarga sedang,

Skore 7 – 10 =fungsi sosialisasi keluarga sehat

No	Fungsi	Uraian	Score
1	Adaption	Saya puas bahwa saya dapat kembali bersama temanteman/ keluarga saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	
2	Partnership	Saya puas dengan cara teman teman/ keluarga sayamembicarakan dan mendukung keinginan 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 teman2 / keluarga saya mengekspresikan efek dan merespon 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	
		Dari Smilkstein G 1982	
		Total Score	
		Kesimpulan :	

2.5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan gerontik diangkat berdasarkan dengan subjektif dan objektif yang telah didapatkan dari pengkajian. Komponen diagnosa keperawatan meliputi Masalah Keperawatan, Penyebab, dan Tanda / Data. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul jika mengacu pada pedoman PPNI diantaranya :

- a. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif
- b. Ketidakpatuhan
- c. Defisit Pengetahuan *Spesifikan*
- d. Nyeri Akut
- e. Risiko jatuh
- f. Intoleransi Aktivitas

2.6. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan dapat diartikan sebagai suatu penyusunan beberapa intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi dan menurunkan gejala masalah yang dirasakan oleh anggota keluarga atau keluarga itu sendiri.

Intervensi keperawatan merupakan berbagai jenis *treatment* yang bisa dilakukan oleh perawat dan keluarga mengenai pengetahuan klinis sebagai perilaku atau aktifitas yang bisa dilakukan oleh perawat kepada keluarga yang

mengalami masalah kesehatan. Tindakan intervensi tersebut mengacu kepada panduan PPNI tahun 2017 pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Berikut merupakan tabel dari tautan Diagnosa Keperawatan, Luaran Tujuan dan Kriteria hasil, serta Intervensi.

Tabel 2.4 Tautan Diagnosa Keperawatan, Luaran, dan Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan	Intervensi
1	Manajemen Kesehatan Tidak Efektif	<p>Manajemen Kesehatan (L.12104) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... hari diharapkan Manajemen Kesehatan Meningkat, dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan untuk mengurangi factor risiko meningkat (5) 2. Menerapkan program perawatan meningkat (5) 3. Verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan / pengobatan menurun (5). <p>Pemeliharaan Kesehatan Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... hari, diharapkan Pemeliharaan Kesehatan Meningkat, dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat (5) 2. Kemampuan menjalankan perilaku sehat meningkat (5) 3. Menunjukkan minat meningkatkan perilaku sehat meningkat (5) 	<p>Dukungan Pengambilan Keputusan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap Solusi 3. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan 4. Fasilitasi pengambilan Keputusan secara kolaboratif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Informasikan alternatif Solusi secara jelas 6. Berikan informasi yang diminta pasien <p>Pelibatan Keluarga</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ciptakan hubungan terapeutik pasien dengan keluarga dalam perawatan

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Diskusikan cara perawatan dirumah <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan kondisi pasien pada keluarga 5. Anjurkan keluarga bersifat asertif 6. Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan
2	Ketidakpatuhan	<p>Tingkat Kepatuhan Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... hari, diharapkan Tingkat Kepatuhan Meningkat, dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kemauan memenuhi program perawatan atau pengobatan meningkat (5) 2. Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat (5) 3. Perilaku menjalankan anjuran membaik (5) 4. Perilaku mengikuti program pengobatan membaik (5) 5. Tanda dan gejala penyakit membaik (5) 6. Risiko komplikasi penyakit menurun (5) 	<p>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 3. Diskusikan hal – hal yang dapat membantu atau menghambat berjalannya proses pengobatan 4. Libatkan keluarga untuk mendukung proses pengobatan yang dijalani <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani 6. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan
3	Defisit Pengetahuan	<p>Tingkat Pengetahuan Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... hari, diharapkan Tingkat Pengetahuan Meningkat, dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Kemampuan menjelaskan 	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan dalam menerima informasi. 2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan

	<p>pengetahuan tentang Penyakit Hipertensi meningkat (5)</p> <p>3. Perilaku sesuai dengan Pengetahuan meningkat (5)</p> <p>4. Pertanyaan tentang masalah penyakit hipertensi menurun (5)</p>	<p>menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan tentang penyakit Hipertensi</p> <p>4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan dengan klien</p> <p>5. Berikan kesempatan klien untuk bertanya kepada perawat.</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan kepada klien mengenai faktor risiko yang mempengaruhi Kesehatan</p> <p>7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
4 Nyeri Akut	<p>Tingkat Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... hari, diharapkan Tingkat Nyeri menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Bersikap protektif menurun (5) 5. Tekanan darah membaik (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik Relaksasi Benson) 5. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 6. Pertimbangkan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan

nyeri

Edukasi

7. Jelaskan strategi meredakan nyeri
8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Relaksasi Benson)

Kolaborasi

9. Kolaborasi pemberian analgetik (Ketorolac)

Pemantauan Nyeri (I.08242)

Observasi

- 1) Identifikasi faktor pencetus Pereda nyeri
- 2) Monitor kualitas nyeri
- 3) Monitor lokasi nyeri dan penyebaran nyeri
- 4) Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala
- 5) Monitor durasi dan frekuensi nyeri

Terapeutik

- 6) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- 7) Dokumentasikan hasil pemantauan nyeri

Edukasi

8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan nyeri

5 Risiko Jatuh

Tingkat Jatuh

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... hari, diharapkan Tingkat Jatuh

Pencegahan Jatuh

Observasi

1. Identifikasi faktor
-

menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut	risiko jatuh
1. Jatuh saat berjalan menurun (5)	2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh
2. Jatuh dikamar mandi menurun (5)	
	Terapeutik
	3. Gunakan alat bantu berjalan
	Edukasi
	4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

2.7. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dan terencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun. (SUPUTRA, 2020)

Tindakan keperawatan yang sudah dilampirkan di atas, dapat dilakukan untuk membantu kesehatan lansia dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan fisik, emosional dan psikososial, budaya dan lingkungan keluarga. Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari rencana intervensi yang sudah disiapkan (Mulyana, 2022).

2.8. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis antara kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi diartikan sebagai tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (SUPUTRA, 2020).

Tahap evaluasi terbagi menjadi 2, diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif ini bertujuan untuk menilai keberhasilan implementasi yang telah dilakukan secara bertahap, menyesuaikan dengan kegiatan yang dilakukan selama kesepakatan kunjungan keluarga (Mulyana, 2022).

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif ini bertujuan untuk menilai secara keseluruhan dari rangkaian kegiatan implementasi selama beberapa kali kunjungan ke rumah keluarga terhadap pencapaian diagnosa keperawatan. Apakah tindakan keperawatan harus dilanjutkan, dilanjutkan sebagian, atau dihentikan. Pada evaluasi ini difokuskan pada perubahan perilaku individu, keluarga terhadap perubahan status kesehatan anggota keluarga (Mulyana, 2022).

Penilaian evaluasi sumatif ini dilaksanakan dengan cara pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan / Planning).

- 1) Subjektif : hal hal yang diungkapkan oleh individu atau keluarga
- 2) Objektif : hal hal yang ditemukan atau diketahui oleh perawat yang dapat diukur.
- 3) Analisa : analisa yang telah dicapai, mengacu pada tujuan dan diagnosa keperawatan
- 4) Perencanaan / *Planning* : perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari individu atau keluarga.

2.9. Kerangka Teori

