

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lanjut usia menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Penduduk lanjut usia terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Dalam hampir 5 dekade, proporsi lansia di Indonesia meningkat dengan perkiraan sebanyak 2× lipat (Mampa et al., 2022).

Lanjut usia atau usia tua (lansia) adalah suatu periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode dimana seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan, atau beranjak dari waktu yang penuh bermanfaat. Usia 60 tahun ke atas merupakan tahap akhir dari proses penuaan yang memiliki dampak terhadap tiga aspek, yaitu biologis, ekonomi, dan sosial. Secara biologis, lansia akan mengalami proses penuaan secara terus menerus yang ditandai dengan penurunan daya tahan fisik dan rentan terhadap serangan penyakit (F. Akbar et al., 2021).

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tentang kesejahteraan, dikatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai umur 60 tahun ke atas (M. Akbar, 2020). *World Health Organization/WHO* menggolongkan lanjut usia menjadi tiga kelompok, yaitu:

- a. kelompok usia madya (45-59 tahun)
- b. kelompok usia lanjut (60-74 tahun)
- c. kelompok usia tua (75-90 tahun)
- d. kelompok sangat tua (>90 tahun)

2.1.3 Proses Penuaan Lansia

Proses penuaan (*aging process*) merupakan suatu proses yang alami ditandai dengan adanya penurunan atau perubahan kondisi fisik, psikologis maupun sosial dalam berinteraksi dengan orang lain (adar BakhshBaloch, 2020).

Menurut Mujiadi & Rachmah, (2022) proses penuaan dibagi menjadi 2 bagian yaitu teori biologi dan teori psikososial:

a. Teori biologis

Teori biologis penuaan mencoba untuk menjelaskan perubahan fisik penuaan. Peneliti mencoba mengidentifikasi faktor biologis mana yang paling besar pengaruhnya terhadap umur panjang. Diketahui bahwa semua anggota spesies menderita kehilangan fungsi secara bertahap dan progresif waktu karena struktur biologisnya. Banyak dari teori biologis penuaan tumpang tindih karena sebagian besar berasumsi bahwa perubahan yang menyebabkan penuaan terjadi pada sel tingkat. Setiap teori mencoba untuk menggambarkan proses penuaan dengan memeriksa berbagai perubahan dalam struktur sel atau fungsi.

b. Teori psikososial

Teori Psikososial penuaan tidak menjelaskan perubahan fisik penuaan; melainkan mereka berusaha untuk. jelaskan mengapa orang dewasa yang lebih tua memiliki tanggapan yang berbeda terhadap proses penuaan. Beberapa teori psikososial penuaan yang paling menonjol adalah pelepasan teori, teori aktivitas, kursus hidup atau mengembangkan teori mental, dan berbagai kepribadian lainnya teori.

Angka harapan hidup disetiap negara berbeda-beda dan dipengaruhi oleh sarana dan prasarana yang disediakan oleh negara tersebut yang meliputi faktor pengetahuan, teknologi, sarana kesehatan dan sosial ekonomi. Menjadi tua adalah suatu proses yang alamiah dimana menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan tubuh dalam memperbaiki diri.

2.2 Konsep Dasar Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Seseorang didiagnosis mengalami hipertensi ketika hasil pengukuran tekanan darah sistolik yang dimiliki ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik yang dimiliki ≥ 90 mmHg setelah dilakukan pemeriksaan tekanan darah berulang pasien dengan usia dewasa (>18 tahun). Hipertensi atau penyakit darah tinggi merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg. Hipertensi atau yang lebih dikenal dengan tekanan darah tinggi adalah penyakit kronik akibat desakan darah yang berlebihan dan hampir tidak konstan pada arteri. Tekanan dihasilkan oleh kekuatan jantung ketika memompa darah. Hipertensi berkaitan dengan meningkatnya tekanan pada arterial sistemik, baik diastolik maupun sistolik secara terus-menerus (Shelemo, 2023).

Hipertensi adalah kondisi pokok yang mendasari banyak bentuk penyakit kardiovaskuler. Hipertensi merupakan faktor penyebab utama kematian akibat stroke dan faktor yang dapat memperberat infark miokard (serangan jantung). Kondisi tersebut adalah merupakan gangguan yang paling umum pada pasien dengan tekanan darah tinggi. Sejalan dengan bertambahnya usia, hampir setiap orang akan mengalami kenaikan tekanan darah. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pembuluh darah yang sering mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah. Tekanan darah adalah kekuatan lateral pada dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan dari jantung. Tekanan sistemik atau arteri darah adalah tekanan darah dalam sistem arteri tubuh juga yang indikator yang baik tentang kesehatan kardiovaskuler. Aliran darah mengalir pada sirkulasi karena perubahan tekanan. Darah mengalir dari daerah yang tekanannya tinggi ke daerah yang tekanan darah yang lebih rendah. Kontraksi jantung mendorong darah dengan tekanan tinggi ke aorta (Sesrianty et al., 2020).

2.2.2 Etiologi Hipertensi

Faktor penyebab terjadinya hipertensi adalah umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, genetik (faktor resiko yang tidak dapat diubah/dikontrol), kebiasaan merokok, obesitas, kurang aktivitas fisik, stress, penggunaan estrogen dan salah satunya yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi adalah pola konsumsi

garam dengan intake berlebihan. Penyebab hipertensi diantaranya adalah konsumsi makanan asin, kafein, konsumsi mono sodium glutamat (vetsin, kecap, pasta udang) (Purwono et al., 2020).

Beberapa penyebab terjadinya hipertensi di era modern adalah perubahan gaya hidup, antara lain konsumsi fastfood, kurangnya melakukan aktivitas, kurangnya kegiatan yang bersifat olahraga. Penyakit ini dapat terjadi pada negara maju maupun berkembang (Rahmawati et al., 2020).

2.2.3 Tanda dan Gejala Hipertensi

Tanda dan gejala pada hipertensi emergensi adalah peningkatan tekanan darah yang mendadak untuk tekanan darah sistolik > 180 mmHg atau tekanan darah diastolik 120 mmHg. Apabila ditemukan ada tanda-tanda kerusakan organ target maka penderita masuk kedalam kategori emergensi yang harus diberikan tatalaksana tindakan secara agresif untuk menurunkan tekanan darah dengan cepat. Berikut ini merupakan beberapa tanda dan gejala kerusakan target organ, yaitu perubahan status neurologis salah satunya adalah penurunan skala *Glasgow Coma Scale* (Rahmawati et al., 2020).

Gejala hipertensi dapat muncul pada beberapa tanda ketika mengalami peningkatan tekanan darah seperti sakit kepala, pusing, jantung berdebar. Meskipun demikian tidak semua pasien mengalami gejala dan keluhan hipertensi (Relica & Mariyati, 2024).

Selain itu juga, beberapa tanda dan gejala yang dapat muncul pada penderita hipertensi berbeda-beda, antara lain nyeri di tengkuk leher, muncul vertigo, lelah, blur (pandangan kabur), takikardi dan telinga yang berdenging (Rahmawati et al., 2020).

2.2.4 Komplikasi Hipertensi

Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya komplikasi seperti penyakit jantung koroner dan stroke, gagal jantung, gagal ginjal dan lain-lain pada sistem kardiovaskular. Penyempitan pembuluh darah dan tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol menyebabkan penyakit seperti serangan jantung, stroke, gagal jantung kongestif dan penyakit ginjal kronis (PGK). Tingginya tekanan darah mengakibatkan jantung bekerja lebih keras,

jantung akan melemah karena stres ekstra dan, jika tidak segera ditangani memungkinkan pembuluh darah menyempit (Relica & Mariyati, 2024).

2.2.5 Patofisiologi Hipertensi

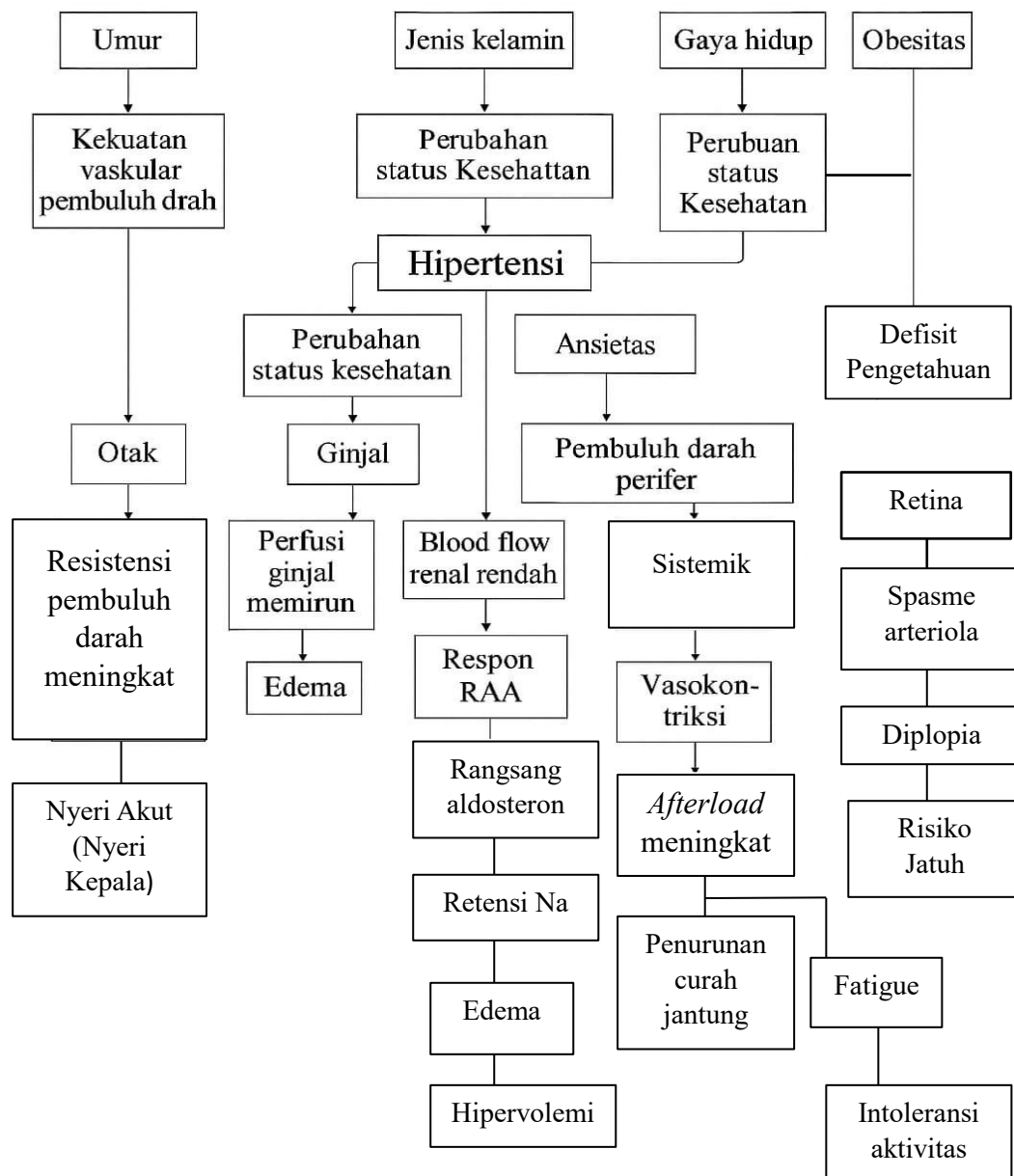
Hipertensi pada lansia berkembang melalui mekanisme multifaktorial yang melibatkan perubahan struktural dan fungsional sistem kardiovaskuler. Penurunan elastisitas arteri akibat penebalan tunika intima-media dan akumulasi kolagen menyebabkan peningkatan resistensi perifer, sementara kekakuan pembuluh darah mengurangi kemampuan kompensasi tekanan darah. Disfungsi endotel yang dipicu stres oksidatif memperparah vasokonstriksi melalui penurunan produksi *nitric oxide* (NO), diikuti aktivasi sistem *renin-angiotensin-aldosteron* (RAAS) yang meningkatkan retensi natrium dan air.

Kecemasan pada lansia hipertensi muncul sebagai respons psikologis terhadap ancaman komplikasi kardiovaskuler seperti stroke atau gagal jantung. Aktivasi sistem saraf simpatis yang berlebihan akibat ansietas memicu pelepasan katekolamin, meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah melalui mekanisme *feedback* positif.

Nyeri akut/kronis berkembang akibat iskemia jaringan dari vasokonstriksi persisten, dengan manifestasi cefalgia oksipital pagi hari akibat peningkatan tekanan intrakranial, serta nyeri dada iskemik dari peningkatan *afterload* jantung. Komorbid seperti osteoarthritis memperberat nyeri kronis melalui mekanisme inflamasi sistemik.

Intoleransi aktivitas disebabkan oleh penurunan curah jantung sekunder terhadap hipertrofi ventrikel kiri, yang mengurangi suplai oksigen ke otot rangka. Rigiditas aorta memperburuk kondisi ini dengan menurunkan diastolic runoff, menyebabkan fatigue bahkan pada aktivitas ringan. Defisit pengetahuan sering terjadi akibat ketidakpahaman tentang modifikasi diet rendah natrium, teknik manajemen stres, dan pentingnya aktivitas fisik terukur, yang berperan penting dalam kontrol tekanan darah.

2.2.6 Pathway Hipertensi



Gambar 2.1 Pathway Hipertensi

2.2.7 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi pada lansia yang menimbulkan rasa kecemasan meliputi pendekatan umum dan terapi khusus seperti relaksasi *Jacobson*. Secara umum, penatalaksanaan hipertensi pada lansia bertujuan menurunkan tekanan darah dengan kombinasi modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologis yang disesuaikan dengan kondisi lansia. Modifikasi gaya hidup meliputi diet rendah garam, pengaturan berat badan, olahraga teratur, pengelolaan stres, dan

penghentian kebiasaan merokok atau konsumsi alkohol. Selain itu, edukasi dan penyuluhan mengenai penyakit hipertensi dan cara mengelola kecemasan sangat penting untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan lansia dalam pengobatan (Watung, 2024).

Kecemasan yang menyertai hipertensi pada lansia dapat memperburuk kondisi tekanan darah melalui aktivasi sistem saraf simpatis dan pelepasan hormon stres seperti kortisol dan adrenalin. Salah satu terapi yang mungkin dapat membantu pelepasan hormone stres adalah relaksasi otot progresif *Jacobson (Progressive Muscle Relaxation/PMR)*. Terapi ini melibatkan kontraksi dan relaksasi otot secara sistematis untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis. Pelaksanaan terapi relaksasi Jacobson biasanya dilakukan selama 15-20 menit, beberapa kali dalam seminggu, dengan panduan instruktur atau audio rekaman. Lansia diajarkan untuk fokus pada sensasi otot yang rileks setelah kontraksi, supaya teknik relaksasi *Jacobson* mampu menurunkan respons stres dan kecemasan (Zahro et al., 2022).

2.3 Konsep Dasar Kecemasan

2.3.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah hal yang lumrah dialami individu, terutama saat ia merasa tertekan dalam hidupnya. Kecemasan dapat timbul dengan sendirinya atau munculnya tergabung disertai gejala-gejala dari berbagai gangguan emosi yang lain. Kecemasan atau sering disebut *anxietas* yaitu perasaan khawatir, takut yang penyebabnya tidak pasti. Kecemasan adalah reaksi yang tepat terhadap suatu hal yang dianggap mengancam, namun cemas menjadi tidak wajar apabila reaksi dan kemunculannya tidak tepat, baik intensitas maupun tingkatan gejalanya (Purnomosidi et al., 2024).

Kecemasan dialami oleh semua orang dalam perjalanan kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi pada keadaan tertentu yang dirasa menjadi ancaman, dan merupakan sesuatu yang lumrah terjadi menyertai perkembangan, perubahan, peristiwa baru maupun yang belum pernah dilakukan, juga dalam menemukan jati diri dan makna hidup (REZAPUTRA, 2024).

Kecemasan adalah suatu dorongan yang kuat terhadap perilaku, baik perilaku yang kurang sesuai ataupun perilaku yang mengganggu. Keduanya

merupakan manifestasi dari pertahanan terhadap kecemasan tersebut (Nugraha, 2020).

2.3.2 Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala rasa cemas dapat dilihat dari adanya perubahan tanda vital. Kecemasan menyebabkan terjadinya perubahan pada tubuh yang berupa peningkatan tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan. Sedangkan untuk tanda dan gejala cemas ringan adalah merasa tegang, mudah marah, takut pada sesuatu yang akan terjadi, perhatian mulai teralih, sesekali mengalami napas pendek, naiknya tekanan darah dan nadi, muka berkerut dan bibir bergetar, mulut kering, gelisah, konstipasi, sulit tidur, dan merasa tidak aman (Muhammad A et al., 2021).

- a. Gejala fisik meliputi pusing, kelelahan, palpitasi, nyeri otot dan ketegangan, gemeteran, mulut kering, keringat berlebihan, sesak napas, sakit perut, mual, sakit kepala, serta insomnia.
- b. Gejala psikologis meliputi merasa gelisah, merasa takut, sulit berkonsentrasi, sifat selalu mudah marah, terus-menerus merasa berada 'di tepi', seringkali menghindari situasi tertentu, dan mengisolasi diri sendiri.

2.3.3 Klasifikasi Kecemasan

Menurut Devani & Irsyada (2020), ada tiga jenis kecemasan, yaitu; kecemasan realita (*reality anxiety*), kecemasan neurotik (*neurotic anxiety*), dan kecemasan moral (*moral anxiety*) (Devani & Irsyada, 2020).

- a. Kecemasan yang sebenarnya (*reality anxiety*), adalah ketakutan akan ancaman dari luar. Tingkat ketakutan ini sesuai dengan tingkat ancaman yang sebenarnya.
- b. Kecemasan neurotik (*neurotic anxiety*), adalah takut insting mereka tidak akan menghalangi dan membuat seseorang melakukan sesuatu untuk menghukum mereka.
- c. Kecemasan moral (*moral axiety*), adalah takut pada hati nurani sendiri. Orang dengan hati nurani yang berkembang dengan baik cenderung merasa bersalah ketika mereka melakukan sesuatu yang bertentangan dengan norma moral atau intuisi orang tua.

2.3.4 Aspek Kecemasan

Kecemasan memiliki beberapa aspek, yang dapat disimpulkan bahwa aspek perilaku manusia mengikuti semua aspek baik aspek efektif, kognitif, dan psikomotorik dari individu yang cemas (Devani & Irsyada, 2020).

- a. Aspek efektif yang terjadi adalah seseorang akan merasa gugup, gelisah, kecewa, dan tidak sabar.
- b. Aspek fisiologis ini adalah ciri fisik yang terjadi ketika seseorang menderita kecemasan, seperti ketegangan otot.
- c. Aspek kognitif yaitu rasa takut tidak bisa menyelesaikan masalah, takut mendapat komentar negatif, kurang perhatian, dan kurang konsentrasi.
- d. Aspek perilaku singkatnya, respon yang biasa dilakukan adalah menghindari situasi yang mengancam, mencari perlindungan, banyak bicara, yang membuat sulit berbicara.

2.4 Konsep Terapi Relaksasi Jacobson

2.4.1 Definisi Terapi Relaksasi *Jacobson*

Relaksasi otot progresif *Jacobson* merupakan program relaksasi yang ditujukan untuk pengurangan stres dan penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi. Prinsip tindakan dari relaksasi ini adalah dengan melakukan penahanan pada otot kemudian merileksasikan otot. Seseorang yang melakukan relaksasi ini akan merasakan perbedaan saat mengencangkan otot kemudian melepaskan ketegangan ototnya. Relaksasi ini ideal dilakukan untuk membantu dalam terapi penurunan tekanan darah dikarenakan mudah dilakukan di rumah dan murah (Ratnawati & Rosiana, 2020).

Teknik relaksasi *Jacobson* adalah tindakan dimana seseorang meregangkan otot-otot, mulai dari otot tangan sampai otot kaki dan dapat dilakukan dengan mudah, bisa dilakukan dengan posisi duduk maupun berbaring, tindakan ini dilakukan selama 10-15 menit dimana klien harus memfokuskan pikirannya pada setiap bagian otot yang akan direlaksasikan/dikencangkan. Teknik relaksasi otot progresif ini dilakukan dengan cara menegangkan otot-otot dari mulai wajah tangan sampai kaki dan rasakan ketegangan otot tersebut pada saat menegang. Kondisi menegangkan otot-otot ini ditahan selama lima detik dan kemudian lepaskan dan mengendorkan semua otot secara serentak dan merilekskan otot

selama 20-30 detik. Terapi ini dapat membantu merilekskan otot-otot dan dapat membangun kesadaran ketegangan dalam tubuh (Posbindu et al., 2024).

2.4.2 Pemberian Terapi Relaksasi Jacobson

Terapi relaksasi *Jacobson* dilakukan sebanyak satu kali pada tiap tiga kali pertemuan, dengan durasi 10-15 menit pada setiap pertemuan. Pengukuran tekanan darah menggunakan *sphygmomanometer* manual atau digital. Tekanan darah yang dibandingkan adalah tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukan tindakan, serta perbandingan tekanan darah hari pertama dengan hari terakhir setelah diberikan terapi relaksasi *Jacobson* (Ratnawati & Rosiana, 2020).

2.4.3 Tujuan Pemberian Teknik Relaksasi Jacobson

Tujuan dari relaksasi *Jacobson* ini adalah menurunkan tingkat kecemasan seseorang dengan membawa klien ke suatu keadaan yang lebih tenang, baik psikologis maupun fisiologis (Posbindu et al., 2024).

Relaksasi *Jacobson* juga dapat mempengaruhi hipotalamus dan menurunkan kerja sistem saraf simpatis melalui peningkatan kerja saraf parasimpatis, relaksasi otot progresif / *Jacobson* dapat dilakukan dengan cara menggerakkan otot-otot yang terletak di beberapa bagian tubuh. Respon yang akan muncul berupa penurunan tekanan darah, metabolisme, respirasi sehingga dapat mengurangi pemakaian oksigen, ketegangan otot, meningkatkan konsentrasi, denyut nadi, cemas dan mengatasi stressor, serta memperbaiki kemampuan *coping* diri untuk mengatasi sumber kecemasan (Ambarwati & Supriyanti, 2020).

2.4.4 Indikasi Terapi Relaksasi Jacobson

Indikasi relaksasi otot progresif / *Jacobson* (Indrawati & Dkk, 2022) :

- a. Gangguan tekanan darah
- b. Lansia dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg.
- c. Lansia dengan atau tanpa mengonsumsi terapi anti-hipertensi standar.
- d. Riwayat hipertensi.
- e. Lanjut usia yang mengalami gangguan jantung.
- f. Lanjut usia yang mengalami gangguan aliran oksigen.
- g. Lanjut usia yang mengalami gangguan psikis :

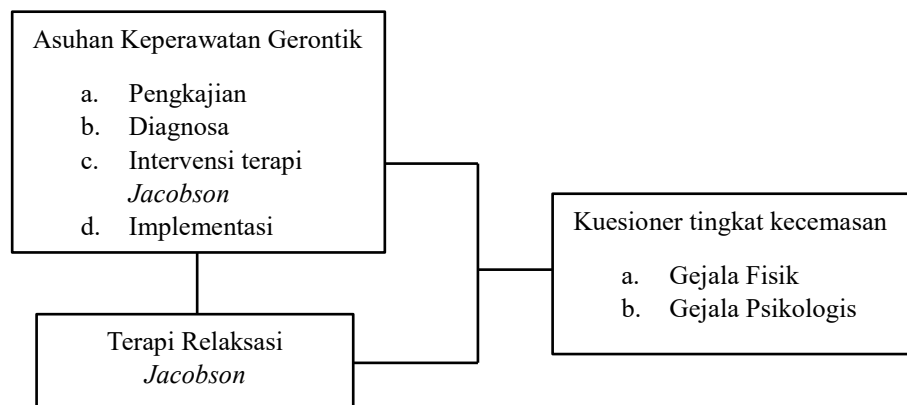
- a). Lanjut usia yang mengalami kecemasan.
- b). Lanjut usia yang mengalami depresi.
- c). Lanjut usia yang mengalami stres.
- d). Lanjut usia yang mengalami *insomnia* (susah tidur).

2.4.5 Kontraindikasi Terapi Relaksasi Jacobson

Kontraindikasi relaksasi *Jacobson* (Indrawati & Dkk, 2022) :

- a. Lanjut usia yang mengalami keterbatasan gerak/tidak bisa menggerakkan badannya.
- b. Lanjut usia yang mengalami perawatan tirah baring (*bed rest*).
- c. Lansia dengan tekanan darah > 180 mmHg.
- d. Lansia dengan sesak nafas.
- e. Lansia dengan penurunan pendengaran yang signifikan.
- f. Lansia yang mengalami gangguan penglihatan.
- g. Lansia yang mengalami keterbatasan gerak.

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

Menurut Suprianto et al., (2020), keperawatan gerontik merupakan salah satu pelayanan secara profesional didasarkan pada ilmu pengetahuan dan prosedur keperawatan yang bersifat komprehensif terbagi menjadi kebutuhan atau masalah biologis, psikologis, sosial, spiritual dan kultural diberikan kepada klien dengan kategori usia 60 tahun ke atas atau disebut lansia baik sehat maupun sakit (Suprianto et al., 2020).

a. Pengkajian

Pengkajian pada lansia merupakan tindakan observasi dan identifikasi kondisi lansia untuk memperoleh data sebagai penegak suatu diagnosis keperawatan, evaluasi kekuatan dan kebutuhan pendidikan kesehatan yang diperlukan lansia. Data yang perlu dikaji berupa perubahan fisik, psikologis, dan psikososial diuraikan sebagai berikut:

1. Perubahan fisik

Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara, hal yang perlu dikaji:

- a. Pandangan lansia tentang kesehatan
- b. Kegiatan yang mampu dilakukan lansia
- c. Kebiasaan lansia merawat diri secara mandiri
- d. Kekuatan fisik lansia seperti otot, sendi, penglihatan dan pendengaran.
- e. Kebiasaan lansia terkait makan, minum, istirahat, dan eliminasi.
- f. Kebiasaan gerak seperti senam atau olahraga lainnya.
- g. Perubahan fungsi tubuh yang bermakna.
- h. Kebiasaan lansia dalam menjaga kesehatan dan kebiasaan minum obat.

Pengumpulan data dilakukan dengan pemeriksaan fisik secara menyeluruh dari sistem organ dalam tubuh dilakukan dengan cara teknik palpasi, auskultasi, perkusi, dan inspeksi diuraikan sebagai berikut:

- 1) Fungsi Persyarafan: kesimetrisan raut wajah, tingkat kesadaran dan daya ingat.
- 2) Fungsi penglihatan pergerakan, fokus penglihatan, kejelasan penglihatan, dll.
- 3) Fungsi pendengaran kejelasan mendengarkan informasi atau bunyi, adanya alat bantu dengar, dan kaji keluhan nyeri pada telinga jika ada.
- 4) Fungsi kardiovaskuler: sirkulasi perifer (akral), CRT < 2 detik, cek frekuensi nadi, kaji keluhan pusing dll.

- 5) Fungsi gastrointestinal status gizi lansia, kaji keluhan mual, muntah, nafsu makan, kesulitan mencerna makanan seperti mengunyah dan menelan. Kaji gigi, rahang dan rongga mulut, dengarkan suara bising usus, palpasi adanya distensi abdomen, kaji keluhan konstipasi, diare dan gangguan eliminasi alvi.
- 6) Fungsi eliminasi urin dan genitalia: kaji kesulitan bak, warna urin, frekuensi bak, desakan bak, pemasukan dan pengeluaran cairan, keluhan nyeri saat bak. Kaji kemampuan dan keluhan dalam melakukan hubungan seks.
- 7) Fungsi integumen: suhu tubuh, luka, jenis luka, kebersihan kulit kepala dan kaji keluhan yang berhubungan.
- 8) Fungsi muskuloskeletal: kaji kekakuan sendi, gerakan sendi, kemampuan melakukan aktivitas, kekuatan otot, kelumpuhan dll.

2. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada lansia dikaji dengan cara wawancara, hal-hal yang perlu dikaji sebagai berikut:

- a. Bagaimana sikap yang ditunjukkan lansia terhadap proses penuaan.
- b. Apakah lansia merasa kehadirannya tidak dibutuhkan.
- c. Apa pandangan hidup lansia.
- d. Bagaimana cara lansia menghadapi stres.
- e. Apakah lansia mampu menyesuaikan diri.
- f. Apakah lansia mengalami kegagalan.
- g. Apa harapan lansia.
- h. Kaji jika perlu, daya ingat, proses pikir, dan orientasi.

3. Perubahan sosial ekonomi

- a. Dari mana sumber pendapatan lansia.
- b. Apa kesibukan lansia untuk mengisi waktu luang.
- c. Lansia hidup dengan siapa.
- d. Kegiatan apa yang diikuti lansia di masyarakat.
- e. Bagaimana pendapat lansia terhadap lingkungannya.
- f. Seberapa sering lansia melakukan interaksi dengan orang lain.

- g. Siapa yang merawat lansia.
 - h. Seberapa ketergantungan lansia terhadap orang lain.
4. Perubahan spiritual.
- a. Apakah melaksanakan ibadah secara teratur.
 - b. Apakah aktif mengikuti kegiatan keagamaan.
 - c. Bagaimana keyakinan lansia dengan tuhan.
5. Pengkajian khusus lansia
- a. Pemeriksaan kemandirian lansia dengan indeks *katz*.

Tabel 2.1 Pemeriksaan kemandirian lansia dengan indeks *katz*.

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, minum, mandi, berpindah, ke kamar mandi, berpakaian, dan berpindah
B	Kemandirian dalam kehidupan sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tambahan
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu dari fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar mandi, dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, ke kamar mandi, dan satu fungsi tambahan
G	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, dan satu fungsi tambahan
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasi sebagai C, D, E atau F

- b. Pengkajian status kognitif

1) SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*) merupakan kuesioner untuk menilai fungsi intelektual lansia.

Tabel 2.2 Penilaian SPMSQ.

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Tanggal berapa hari ini?		
2	Hari apa sekarang?		
3	Apa nama tempat anda?		
4	Dimana alamat anda?		
5	Berapa umur anda?		
6	Kapan anda lahir? (minimal menyebut tahun kelahiran)		
7	Siapa presiden Indonesia sekarang?		
8	Siapa nama presiden sebelumnya?		
9	Siapa nama ibu anda?		
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.		
	Total Nilai :		

2) MMSE (*Mini Mental State Exam*) menilai aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa pada lansia.

Tabel 2.3. Penilaian MMSE.

Nilai max	Pasien	Pertanyaan
		Lansia mempelajari ketiganya dan jumlahkan skor yang telah dicapai
Perhatian dan Kalkulasi		
5		Pilihlah kata dengan 7 huruf, missal kata 'panduan', berhenti setelah 5 huruf, beri 1 point tiap jawaban benar, kemudian dilanjutkan, apakah lansia masih ingat huruf selanjutnya
Mengingat		

3		Minta untuk mengulangi 3 obyek di atas, beri 1 point untuk tiap jawaban benar
Bahasa		
9		Sebutkan nama benda yang sedang dipegang dan dan kembali mengulang nama benda tersebut (2 point)
30		

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan gerontik merupakan keputusan klini yang berpusat pada sikap lansia terhadap kondisi kesehatan secara individual, keluarga, dan kelompok. Kategori diagnosis keperawatan diuraikan menjadi 4 yaitu:

- a) Diagnosis keperawatan aktual keluhan yang dinyatakan pasien saat pengkajian berhubungan dengan diagnosa medis yang dialami.
- b) Diagnosis keperawatan resiko keluhan yang menunjukkan respon saat dikaji menunjukkan suatu masalah yang mungkin akan dialami pasien yang berhubungan dengan penyakit yang dialami.
- c) Diagnosis keperawatan promosi kesehatan respon yang memperlihatkan motivasi dan keinginan untuk meningkatkan kualitas kesehatan, kesejahteraan dan aktualisasi diri.
- d) Diagnosis keperawatan sindrom: suatu masalah yang dialami komunitas, diatasi bersama dan menjalani intervensi yang sama.

Diagnosa keperawatan yang disusun dalam asuhan keperawatan gerontik berpedoman pada buku SDKI (Standar diagnosa keperawatan indonseia) yang disusun oleh PPNI. Diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan masalah kesehatan pada lansia dengan diagnosa medis stroke sebagai berikut:

- 1) Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskuler
 - a) Tidak mampu berbicara atau mendengar
 - b) Menunjukkan respon tidak sesuai

- c) Afasia, disfaksia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislalia, pelo, dan gagap
 - d) Tidak ada kontak mata
 - e) Sulit memahami komunikasi
 - f) Sulit mempertahankan komunikasi
 - g) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
 - h) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
 - i) Sulit menyusun kalimat
 - j) Verbalisasi tidak tepat / sulit mengungkapkan kata-kata
 - k) Disorientasi orang, ruang, waktu
 - l) Defisit penglihatan
 - m) Delusi
- 2) Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskuler
- a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - b) Kekuatan otot menurun
 - c) Rentang gerak (ROM) menurun
 - d) Nyeri saat bergerak
 - e) Enggan melakukan pergerakan
 - f) Merasa cemas bergerak
 - g) Sendi kaku
 - h) Gerakan tidak terkoordinasi
 - i) Gerakan terbatas
 - j) Fisik lemah
- 3) Defisit Perawatan Diri b.d Gangguan Neuromuskuler
- a) Menolak melakukan perawatan diri
 - b) Tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias
 - c) Minat melakukan perawatan diri kurang
- 4) Gangguan Menelan b.d Gangguan Saraf Kranialis
- a) Mengeluh sulit menelan
 - b) Batuk sebelum menelan
 - c) Batuk setelah makan atau minum

- d) Tersedak
- e) Makanan tertinggal di rongga mulut
- f) Bolus masuk terlalu cepat
- g) Refluks nasal
- h) Tidak mampu membersihkan rongga mulut
- i) Makanan jatuh dari mulut
- j) Makanan terdorong keluar dari mulut
- k) Sulit mengunyah
- l) Muntah sebelum menelan
- m) Bolus terbentuk lama
- n) Waktu makan lama
- o) Porsi makanan tidak habis
- p) Fase oral abnormal dan mengiler
- q) Menolak makan, Muntah
- r) Posisi kepala kurang elevasi
- s) Menelan berulang-ulang
- t) Mengeluh bangun di malam hari
- u) Nyeri epigastrik
- v) Hemetemesi, gelisah, regurgitasi, odinofagia dan bruksisme

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi merupakan perencanaan keperawatan yang disusun sesuai dengan permasalahan yang dialami klien untuk mencegah, mengatasi dan mengurasi masalah lansia. Diagnosa keperawatan prioritas dapat dikategorikan sebagai berikut:

- a. Berdasarkan tingkat kegawatan atau mengancam jiwa dibagi menjadi prioritas tinggi menggambarkan masalah yang mengancam jiwa berpedoman pada prinsip *Airway Breathing Circulation*. Prioritas sedang gambaran masalah yang tidak gawat dan mengancam jiwa. Prioritas rendah gambaran masalah yang tidak terlalu berhubungan dengan penyakit yang dialami pasien.
- b. Berdasarkan kebutuhan Maslow intervensi atau perencanaan disusun sesuai dengan kebutuhan dasar manusia diuraikan menjadi

kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan nyaman, kebutuhan mencintai dan dicintai, kebutuhan harga diri atau pengakuan, dan kebutuhan aktualisasi diri.

Intervensi keperawatan yang disusun dalam asuhan keperawatan gerontik berpedoman pada buku SIKI (Standar Intervensi keperawatan Indonesia) yang disusun oleh PPNI. Intervensi yang berhubungan dengan diagnosa yang sering muncul pada lansia dengan diagnosa medis stroke sebagai berikut:

- a. Gangguan Menelan b.d Gangguan Saraf Kranialis Intervensi Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum.

Definisi: memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan/minum.

Observasi

Identifikasi diet yang dianjurkan.

Monitor kemampuan menelan.

Monitor status hidrasi pasien, jika perlu.

Terapeutik

Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan.

Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum.

Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu..

Letakkan makanan disisi mata yang sehat.

Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan.

Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan.

Sediakan makanan dan minuman yang disukai.

Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu.

Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia.

Edukasi

Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. Sayur di jam 12, rendang di jam 3).

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat (mis analgesik, antiemetik), sesuai indikasi.

b. Gangguan Mobillitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskuler

Intervensi Dukungan Ambulasi: Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah.

Observasi

Identifikasi adanya nyeri atau atau keluhan fisik lainnya.

Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.

Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.

Monitor kondisi umum selama ambulasi.

Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.

Terapeutik

Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk).

Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Edukasi

Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.

Anjurkan melakukan ambulasi dini.

Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dan tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).

c. Defisit Perawatan Diri b.d Gangguan Neuromuskuler

Intervensi Dukungan Perawatan Diri: Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

Observasi

Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.

Monitor tingkat kemandirian.

Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.

Terapeutik

Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi).

Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi).

Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.

Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan.

Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, dan jadwalkan rutinitas perawatan diri.

Edukasi

Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan intervensi yang telah disusun untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan atau diharapkan.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian respon atau perkembangan pasien setelah diberikan tindakan asuhan keperawatan gerontik. Evaluasi dilakukan untuk memenuhi kebutuhan lansia secara optimal dan menjadi.