

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Hipertensi

2.1.1 Pengertian

Hipertensi adalah kondisi kronis di mana tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri meningkat secara signifikan. Hal ini dapat menyebabkan jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah, merusak pembuluh darah, dan meningkatkan risiko penyakit degeneratif serta kematian (Medika, 2017).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi terjadi ketika hasil pemeriksaan tekanan darah menunjukkan angka di atas 140/90 mmHg dalam dua kali pengukuran dengan jeda 5 menit saat kondisi istirahat. Angka pertama (140) menunjukkan tekanan saat jantung memompa darah, sementara angka kedua (90) menunjukkan tekanan saat jantung beristirahat. Tekanan darah normal saat istirahat adalah sekitar 100-140/60-90 mmHg (Medika, 2017).

2.1.2 Etiologi dan Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 bagian yaitu:

1. Hipertensi primer atau esensial adalah kondisi di mana tekanan darah tinggi terjadi tanpa adanya penyebab yang pasti atau jelas. Lebih dari 90% kasus hipertensi masuk ke dalam kategori ini. Meskipun penyebabnya tidak selalu jelas, faktor risiko seperti gaya hidup tidak sehat, pola makan yang tidak seimbang, kurangnya aktivitas fisik, dan faktor genetik dapat berperan dalam perkembangan hipertensi primer. Meskipun tidak dapat

disembuhkan, hipertensi primer dapat dikontrol melalui perubahan gaya hidup, penggunaan obat-obatan, dan manajemen stres. Langkah-langkah ini dapat membantu mengurangi risiko komplikasi serius yang dapat disebabkan oleh hipertensi.

2. Hipertensi sekunder memiliki penyebab yang jelas terkait dengan kondisi medis tertentu, seperti penyakit ginjal. Ginjal memiliki peran penting dalam mengatur tekanan darah dengan menghasilkan hormon renin yang berperan dalam mengontrol volume darah dan tekanan darah. Ketika ginjal mengalami gangguan atau penyakit, seperti penyakit ginjal, dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah yang disebut hipertensi sekunder (Marhabatsar & Sijid, 2021).

2.1.3 Patofisiologi

Peningkatan tekanan darah atau hipertensi dapat disebabkan oleh berbagai faktor, tetapi tahanan perifer total (TPR) dan curah jantung (CO) memainkan peran utama dalam regulasi tekanan darah. TPR mengacu pada resistensi yang dihadapi oleh aliran darah di pembuluh darah perifer, sementara CO mengacu pada jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menit.

Peningkatan TPR dapat terjadi karena berbagai faktor, termasuk penyempitan pembuluh darah, kekakuan pembuluh darah, dan ketegangan otot pembuluh darah. Peningkatan CO dapat terjadi karena peningkatan denyut jantung atau peningkatan volume darah yang dipompa oleh jantung.

Ketika TPR dan CO meningkat, tekanan darah akan naik. Peningkatan tekanan darah dapat terjadi baik pada fase sistolik (saat jantung memompa darah ke dalam arteri) maupun diastolik (saat jantung beristirahat antara kontraksi).

Dengan demikian, untuk mengelola hipertensi, penting untuk memperhatikan dan mengontrol faktor-faktor yang mempengaruhi TPR dan CO, seperti gaya hidup, faktor genetik, kadar garam dalam diet, kadar aktivitas fisik, dan faktor lainnya. Dengan menargetkan pengendalian TPR dan CO, tekanan darah dapat dikendalikan dan risiko komplikasi yang terkait dengan hipertensi dapat dikurangi.

Komplikasi lainnya yaitu sakit kepala, kerusakan pada ginjal dan kerusakan pada bagian mata yang mengakibatkan kebutaan pada seseorang. Jantung berdebar, sesak nafas, mudah lelah, wajah memerah dan dunia terasa berputar (Ainy, 2022).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gambaran klinis pasien hipertensi meliputi :

1. Sering merasakan sakit kepala

Sakit kepala yaitu gejala hipertensi yang sering terjadi, dimana tekanan darah berada di angka 180/120 mmHg atau bahkan lebih tinggi lagi.

2. Gangguan penglihatan

Gangguan penglihatan salah satu akibat dari komplikasi tekanan darah tinggi, ketika terjadi peningkatan tekanan darah dapat mengakibatkan pembuluh darah mata pecah. Hal ini menyebabkan penurunan penglihatan mata.

3. Mual dan muntah

Mual dan muntah merupakan gejala darah tinggi yang terjadi karena peningkatan tekanan di dalam kepala. Hal ini mengakibatkan beberapa hal termasuk perdarahan di dalam kepala.

4. Wajah yang memerah

Ketika pembuluh darah melebar, area wajah akan terlihat memerah. Hal ini terjadi akibat respons dari beberapa pemicu, seperti pajanan matahari, makanan pedas dan minuman panas. Wajah memerah juga menjadi gejala hipertensi terjadi karena tekanan darah meningkat lebih dari biasanya.

5. Sesak nafas

Penderita hipertensi juga merasakan keluhan sesak nafas, terjadi ketika jantung mengalami pembesaran akan tetapi gagal untuk memompa darah (Ekasari, Suryati, Badriah, Narendra, & Amini, 2021).

2.1.5 Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko hipertensi yang tidak dapat diubah meliputi usia, jenis kelamin, dan faktor genetik (keturunan). Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah termasuk gaya hidup seperti pola makan yang tidak sehat, kekurangan aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol yang berlebihan, serta obesitas atau kelebihan berat badan.

1. Usia

Usia merupakan salah satu faktor risiko utama untuk hipertensi yang tidak dapat diubah. Semakin bertambahnya usia, semakin besar pula risiko terjadinya hipertensi. Hal ini disebabkan oleh perubahan struktur pembuluh darah, seperti penyempitan lumen dan kekakuan dinding

pembuluh darah, yang mengurangi elastisitasnya dan meningkatkan tekanan darah. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pria cenderung mengalami peningkatan tekanan darah setelah usia 45 tahun, sementara wanita cenderung mengalami peningkatan tekanan darah setelah usia 55 tahun.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko yang tidak dapat diubah dalam terjadinya hipertensi. Pria cenderung memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi dibandingkan wanita, mungkin karena gaya hidup yang kurang sehat. Namun, prevalensi hipertensi pada wanita meningkat setelah menopause karena adanya perubahan hormonal yang mempengaruhi regulasi tekanan darah.

3. Keturunan (Genetik)

Faktor keturunan atau genetik juga merupakan faktor risiko yang tidak dapat diubah dalam terjadinya hipertensi. Orang yang memiliki riwayat hipertensi dalam keluarga dekat memiliki risiko lebih tinggi untuk mengembangkan kondisi ini. Selain itu, faktor keturunan juga dapat mempengaruhi metabolisme pengaturan garam (NaCl) dan aktivitas renin membran sel, yang dapat berkontribusi pada peningkatan tekanan darah.

4. Obesitas

Obesitas adalah kondisi di mana terjadi penumpukan lemak berlebih dalam tubuh. Salah satu cara untuk mengetahui apakah seseorang mengalami obesitas adalah dengan menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT). IMT dihitung dengan membagi berat badan seseorang dalam kilogram dengan

kuadrat tinggi badan dalam meter. Hasilnya kemudian dikelompokkan menjadi kategori seperti kurus, normal, gemuk, atau obesitas sesuai dengan rentang nilai yang telah ditentukan.

5. Konsumsi Alkohol dan Kafein Berlebih

Merokok dapat menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya hipertensi.

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan peningkatan kebutuhan akan oksigen, yang dapat meningkatkan tekanan darah. Bagi individu yang sudah memiliki penumpukan lemak pada pembuluh darah (aterosklerosis), merokok dapat memperparah kondisi ini dan meningkatkan risiko terkena hipertensi serta penyakit degeneratif lainnya seperti stroke dan penyakit jantung.

Salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi adalah stres. Hal ini diduga karena adanya peningkatan kadar kortisol, peningkatan volume sel darah merah, dan kekentalan darah yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, konsumsi kafein juga dapat memengaruhi tekanan darah, karena kafein dapat meningkatkan aktivitas jantung dan mengakibatkan peningkatan aliran darah. Namun, respons terhadap kafein dapat berbeda-beda pada setiap individu.

6. Konsumsi Garam Berlebih

Konsumsi garam berlebihan telah diketahui dapat menyebabkan hipertensi. Garam mengandung natrium, yang dapat menarik cairan di luar sel untuk di retensikan di dalam tubuh. Akibatnya, terjadi peningkatan volume cairan dan tekanan darah. Oleh karena itu, mengurangi konsumsi

garam merupakan langkah penting dalam mengendalikan tekanan darah dan mencegah terjadinya hipertensi.

7. Stres

Stres juga merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi. Orang yang rentan terhadap stres emosional, seperti merasa tertekan, murung, takut, atau bersalah, cenderung mengalami peningkatan kadar hormon adrenalin. Hal ini dapat memicu peningkatan detak jantung dan tekanan darah. Oleh karena itu, pengelolaan stres dan strategi untuk mengurangi reaksi stres dapat membantu dalam pencegahan hipertensi (Medika, 2017).

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi yang mencakup modifikasi gaya hidup dan terapi antihipertensi adalah pendekatan yang umum digunakan dalam penanganan kondisi ini. Berikut adalah beberapa langkah yang dapat dilakukan dalam penatalaksanaan hipertensi :

1. Konsultasi dengan Dokter

Penting untuk berkonsultasi dengan dokter untuk menentukan pengobatan yang sesuai dan mendapatkan rekomendasi mengenai jenis obat, dosis, dan frekuensi minum yang tepat.

2. Penggunaan Obat-Obatan

Antihipertensi seperti amlodipine dan captopril dapat diresepkan oleh dokter untuk mengontrol tekanan darah. Penggunaan obat harus sesuai dengan petunjuk dokter dan tidak boleh dihentikan tanpa persetujuan dokter.

3. Mengatur Pola Makan

Makanan sangat berpengaruh terhadap tekanan darah. Penderita hipertensi sebaiknya memilih makanan yang kaya akan kalium, magnesium, dan kalsium, seperti pisang, tomat, sayuran hijau, kacang-kacangan, dan wortel. Nutrisi-nutrisi ini membantu mengontrol tekanan darah

4. Olahraga Teratur

Aktivitas fisik secara teratur merupakan cara yang efektif untuk mencegah dan mengelola hipertensi. Olahraga membantu meningkatkan kinerja jantung, memperlancar aliran darah, serta meningkatkan metabolisme tubuh. Untuk penderita hipertensi, disarankan untuk melakukan olahraga ringan seperti jalan cepat atau bersepeda selama 30-60 menit, 3-5 kali seminggu

5. Istirahat yang Cukup

Istirahat yang cukup juga penting untuk menjaga kesehatan secara keseluruhan dan mengurangi stres, yang dapat berkontribusi pada peningkatan tekanan darah (Ekasari, Suryati, Badriah, Narendra, & Amini, 2021).

2.1.7 Komplikasi

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius, termasuk:

1. Penyakit Jantung

Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan kerusakan pada jantung, seperti penebalan otot jantung (hipertrofi ventrikel), gagal jantung, dan risiko serangan jantung.

2. Stroke

Hipertensi dapat menyebabkan penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak, yang dapat mengakibatkan stroke. Kurangnya pasokan oksigen ke otak dapat menyebabkan kerusakan permanen pada jaringan otak.

3. Penyakit Ginjal

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat merusak pembuluh darah di ginjal, mengurangi kemampuannya untuk menyaring limbah dan cairan berlebih dari darah, dan pada akhirnya menyebabkan gagal ginjal.

4. Kerusakan Mata

Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah di mata, yang dapat mengakibatkan retinopati hipertensi, glaukoma, atau kerusakan saraf optik, yang semuanya dapat mengganggu penglihatan dan bahkan menyebabkan kebutaan.

5. Gangguan Saraf dan Otak

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah di otak dan saraf, yang dapat menyebabkan gangguan kognitif seperti penurunan daya ingat, kesulitan berpikir, dan risiko penyakit neurodegeneratif seperti Alzheimer (Ekasari, Suryati, Badriah, Narendra, & Amini, 2021).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang sangat penting dalam manajemen hipertensi untuk mendeteksi komplikasi yang mungkin terjadi dan menilai risiko penyakit kardiovaskular (Anggraini, 2021).

Berikut adalah beberapa pemeriksaan laboratorium dan elektromedis yang umum dilakukan pada penderita hipertensi :

1. Pemeriksaan Laboratorium untuk Deteksi Komplikasi pada Hipertensi
 - a. Pemeriksaan urine lengkap, untuk menilai fungsi ginjal dan mendeteksi adanya proteinuria atau hematuria.
 - b. Glukosa darah puasa, untuk menilai kadar glukosa darah dan deteksi diabetes.
 - c. Ureum dan kreatinin, untuk menilai fungsi ginjal.
 - d. Asam urat, untuk menilai kadar asam urat dalam darah yang dapat berkaitan dengan risiko penyakit ginjal dan penyakit jantung.
 - e. Elektrolit (natrium dan kalium), untuk menilai keseimbangan elektrolit dalam tubuh, yang dapat mempengaruhi tekanan darah.
2. Pemeriksaan untuk Menilai Risiko Penyakit Kardiovaskular
 - a. Profil lemak, untuk menilai kadar kolesterol total, HDL (kolesterol baik), LDL (kolesterol jahat), dan trigliserida dalam darah, yang merupakan faktor risiko penting untuk penyakit jantung.
 - b. Elektrokardiogram (EKG) dan Tes Treadmill, untuk mengevaluasi aktivitas listrik jantung dan deteksi gangguan irama jantung serta menilai fungsi jantung selama aktivitas fisik (Anggraini, 2021).

2.2 Konsep Lansia

2.2.1 Definisi Lansia

Lansia atau lanjut usia merupakan seseorang yang telah mencapai tahap akhir dalam fase kehidupannya dan mengalami proses penuaan. Salah satu masalah yang sering terjadi pada lansia adalah menurunnya

kemampuan fungsi jaringan tubuh, yang ditandai dengan kelemahan, keterbatasan, dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk penurunan fungsi fisik dan mental, serta penyakit-penyakit tertentu yang lebih sering terjadi pada usia lanjut (Saraswati, Fasya, & Santoso, 2022).

2.2.2 Teori Proses Menua

Proses penuaan merupakan perubahan biologis yang terus menerus dialami oleh manusia pada semua tahap usia dan waktu. Tidak ada yang bisa menghindari proses penuaan, namun manusia dapat mengambil langkah-langkah untuk menghambatnya agar tidak terjadi terlalu cepat. Ini bisa melalui gaya hidup sehat, pola makan yang baik, aktivitas fisik teratur, serta perawatan kesehatan yang tepat. Meskipun proses penuaan adalah suatu keniscayaan, dengan perawatan yang tepat, dampaknya dapat dikelola sehingga manusia bisa tetap menjalani kehidupan yang aktif dan bermakna pada usia lanjut (Afidah, 2019).

Proses penuaan secara degeneratif tidak hanya berdampak pada perubahan fisik, tetapi juga pada aspek-aspek lain dari kehidupan manusia, termasuk kognitif, emosional, sosial, dan seksual (National & Pillar, 2020).

1. Perubahan Fisik

Termasuk gangguan pendengaran dan perubahan pada kulit seperti kendur, kering, dan berkerut pada lansia.

2. Perubahan Kognitif

Tidak hanya dialami oleh lansia, perubahan kognitif juga bisa terjadi pada anak-anak muda, seperti penurunan daya ingatan.

3. Perubahan Psikososial

Meliputi masalah-masalah seperti kesepian, duka cita, depresi, dan gangguan cemas, yang bisa dialami karena berbagai faktor termasuk usia.

4. Perubahan Spiritual

Lansia sering mengalami kedewasaan spiritual, yang tercermin dalam cara berpikir dan bertindak sehari-hari.

5. Perubahan Mental

Dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti kesehatan umum, pendidikan, kekuatan fisik, gambaran diri, faktor genetik, dan lingkungan.

2.2.3 Batasan-batasan Lanjut Usia

Menurut organisasi Kesehatan Dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu:

1. Usia pertengahan (middle age) usia 45-59 tahun
2. Lanjut usia (elderly) usia 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (old) usia 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (very old) usia >90 tahun

2.2.4 Pendekatan Perawatan Lansia

1. Perawatan Fisik

Pendekatan fisik bagi klien lansia yang masih aktif meliputi mendorong mereka untuk tetap aktif secara fisik sesuai dengan

kemampuan mereka, menjaga pola makan yang sehat, dan memastikan lingkungan mereka aman dan nyaman. Sedangkan untuk klien lansia yang pasif, perawat perlu memberikan perhatian khusus pada kebersihan pribadi, pemenuhan kebutuhan dasar, serta pengelolaan nyeri dan keluhan fisik lainnya. Hal ini penting untuk mempertahankan kesehatan dan kualitas hidup mereka.

2. Perawatan Psikologis

Pendekatan edukatif perawat terhadap klien lansia memegang peranan penting dalam meningkatkan pemahaman dan kesadaran akan kesehatan. Perawat berperan sebagai pendukung yang ramah dan penyedia informasi yang akurat, serta menjadi pendengar yang empatik terhadap segala keluhan dan kebutuhan klien. Dengan memegang prinsip triple S (sabar, simpatik, dan pelayanan yang baik) perawat dapat membantu mengubah perilaku dan pandangan klien terhadap kesehatan secara perlahan namun berkesinambungan.

3. Perawatan Sosial

Pendekatan sosial yang dilakukan oleh perawat memang sangat penting dalam merawat klien lansia. Melalui diskusi, pertukaran cerita, dan sosialisasi, perawat membantu menciptakan lingkungan yang memungkinkan interaksi antara sesama klien lansia serta dengan perawat. Hal ini membantu memenuhi kebutuhan akan hubungan sosial dan merasa terhubung dengan lingkungan sekitar. Memberikan kesempatan untuk komunikasi dan rekreasi juga dapat meningkatkan kesejahteraan emosional dan psikologis klien lansia. Memotivasi

mereka untuk membaca surat kabar dan majalah juga merupakan salah satu cara untuk menjaga kognisi dan memperluas pengetahuan mereka (Mujiadi & Rachmah, 2022).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal pada proses keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber. Pengkajian meliputi pengumpulan data, analisa data sehingga menghasilkan diagnosis keperawatan untuk mengevaluasi mengidentifikasi kesehatan pasien

Identitas Klien

a. Usia

Usia terhadap risiko jatuh memiliki hubungan, pada usia 70- 79 tahun risiko jatuh lebih besar dibandingkan usia 60-69 tahun.

b. Jenis Kelamin

laki-laki sering mengalami tanda hipertensi pada usia akhir tiga puluhan, sedangkan perempuan mengalami hipertensi setelah menopause. Perempuan mempunyai risiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi.

c. Pendidikan

hubungan pendidikan dengan hipertensi menunjukkan yang berpendidikan rendah lebih banyak mengalami hipertensi dibandingkan dengan seseorang dengan berpendidikan tinggi

d. Pekerjaan

hubungan pekerjaan dengan hipertensi menunjukkan yang tidak bekerja lebih banyak mengalami hipertensi dibandingkan dengan seseorang yang tidak bekerja

1. *Health promotion*

a. Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan pasien sakit kepala, manifestasi kardiovaskuler dan sistem saraf pusat. Riwayat hipertensi, penyakit ginjal.

b. Riwayat penyakit sekarang

Sakit kepala, jantung berdebar-debar, sulit bernafas setelah bekerja keras, mudah lelah, wajah memerah, dunia berputar atau vertigo

c. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat hipertensi, penyakit jantung koroner, obesitas, merokok aktif, pola makan yang tidak sehat bagi penderita

d. Riwayat keluarga

Hipertensi cenderung menurun, faktor risiko ini tidak dapat dihilangkan akan tetapi dapat diantisipasi dengan rajin melakukan kontrol terhadap tekanan darah di puskesmas atau rumah sakit.

2. *Nutrition*

Asupan gizi yaitu faktor utama untuk menentukan status gizi pada lansia baik energi karbohidrat, protein maupun lemak. Pada lanjut usia kebutuhan energi dan lemak menurun, seiring dengan peningkatan umur akan diikuti dengan menurunnya fungsi pengecapan sehingga mengakibatkan nafsu

makan menurun. Jenis kelamin juga mempengaruhi asupan gizi dimana laki-laki memerlukan zat gizi seperti (protein, energi, dan juga lemak) lebih banyak daripada perempuan karena postur, otot dan permukaan tubuh laki-laki lebih luas.

3. *Elimination and change*

Pasien yang mempunyai masalah perkemihan sering mengalami gangguan dalam aktifitas berkemih. Gangguan ini diakibatkan oleh kerusakan fungsi pada kandung kemih atau ketidakmampuan mengontrol berkemih.

4. *Activity and rest* (Pola aktivitas dalam sehari-hari)

Kandungan lemak yang berada dalam darah dapat mengakibatkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah. Hal ini dapat menyebabkan pembuluh darah menjadi sempit dan mengakibatkan tekanan darah seseorang meningkat. Mengonsumsi garam yang berlebih dapat menyebabkan pengeluaran dari hormon natriuretik yang dapat meningkatkan tekanan darah. Kebiasaan merokok menjadi salah satu faktor risiko terkena hipertensi. Peningkatan hipertensi dan kardiovaskuler secara umum memberikan efek yang tidak baik seperti jantung berdebar-debar. Seseorang yang kurang beraktivitas cenderung mengalami obesitas dan dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah. Dengan olahraga atau beraktivitas yang cukup dapat meningkatkan kerja jantung optimal sehingga darah dapat dipompa keseluruh tubuh.

5. *Perception* atau *cognitive*

Gangguan kognitif merupakan gangguan fungsi pada otak yang berupa konsentrasi, daya ingat, perhatian, bahasa serta fungsi intelektual.

6. *Self perception*

Setiap perubahan pada tubuh seseorang menjadi stres yang mempengaruhi konsep diri termasuk perubahan fisik dalam tubuh.

7. *Role relationship*

Dukungan keluarga merupakan bentuk perilaku dalam melayani yang dilakukan oleh keluarga dalam bentuk emosional, menghargai, informasi serta instrumental. Tugas keluarga yaitu untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga, mampu mengenal masalah kesehatan dan juga mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada di dalam keluarga serta mampu merawat keluarga yang sakit.

8. *Sexuality*

Angiopati terjadi pada sistem pembuluh darah di dalam organ reproduksi sehingga mengakibatkan gangguan potensi sex, dan juga gangguan kualitas maupun ereksi.

9. *Coping/stress tolerance*

Hubungan antara kesehatan psikologi dan kesehatan pada fisik serta bagaimana seseorang mampu menjaga perilaku dan gaya hidup sehat melalui manajemen strategi coping stres yang baik, akan berpengaruh bagi kesehatan dan kesejahteraan individu.

10. *Life principle*

Spiritual menjadi medikasi terapeutik tanpa memandang agama ras dan juga warna kulit. Misalnya dalam meningkatkan coping, dukungan sosial dan harapan, mengurangi kecemasan serta mendukung perasaan relaksasi.

11. *Safety*

Memerlukan kebutuhan aman pada pasien yang mengalami risiko mudah jatuh.

a. Riwayat jatuh

- Apakah pasien datang ke puskesmas karena jatuh?
- Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir?

b. Status mental

- Apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat)
- Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat, atau orang)
- Apakah pasien mengalami agitas? (ketakutan, gelisah dan cemas)

c. Penglihatan

- Apakah pasien memakai kacamata?
- Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram?
- Apakah pasien mengalami glaukoma, katarak, atau degenerasi makula?

d. Kebiasaan Berkemih

- Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)

e. Transfer (dari tempat tidur ke kursi roda dan Kembali ke tempat tidur)

- Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)
- Memerlukan sedikit bantuan (1 orang/ dalam pengawasan)
- Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)
- Tidak dapat duduk dengan sempurna, perlu bantuan total

f. Mobilitas

- Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)
- Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal/fisik)
- Menggunakan kursi roda
- Imobilisasi

12. *Comfort*

Nyeri kronis mendapatkan respon nyeri baik terhadap nyeri yang hilang timbul, intensitas nyeri juga berkurang. Hal ini mengakibatkan menurunnya respon ketidakberdayaan dan meningkatkan kualitas hidup individu dengan kronis.

13. *Growth*

Usia tua berhubungan dengan menurunnya sekresi growth hormone dan hormone sex steroid.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan, yang dibuat oleh perawat yang memiliki izin dan kompetensi untuk menangani masalah tersebut. Informasi untuk membuat diagnosis keperawatan biasanya didasarkan pada data pengkajian, tinjauan literatur, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan profesional lainnya. (Fahrurrozi & Kurniawan, 2021)

Diagnosa yang muncul pada lansia hipertensi menurut NANDA meliputi

1. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral
2. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan menyeluruh
4. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
6. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang meliputi penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan, dan penilaian asuhan Keperawatan pasien. Semua langkah ini didasarkan pada analisis data pengkajian dan diagnosis keperawatan untuk memastikan pemberian perawatan yang efektif dan terarah. (Dinarti & Mulyanti , 2017)

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut (D.0077) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat nyeri teratasi dengan	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri

lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Gejala dan tanda a. Gejala dan tanda mayor - Subjektif: mengeluh nyeri - Objektif: tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur b. Gejala dan tanda minor - subjektif : tidak tersedia - objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis	kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	nonverbal Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologi 2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 3. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Risiko Jatuh (D.0143) Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh faktor risiko : 1. Usia >65 tahun (pada dewasa) atau >2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh 3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)	Tingkat jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan risiko jatuh teratasi dengan kriteria hasil : 1. Riwayat jatuh menurun 2. Status mental membaik 3. Penglihatan	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 1. Orientasikan ruangan pada

4. Penggunaan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi 9. Hipotensi ortostatik 10. Perubahan kadar glukosa darah 11. Anemia 12. Kekuatan otot menurun 13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropati 17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)	membaik 4. Kebiasaan berkemih menurun 5. Transfer dari tempat tidur ke kursi roda dan kembali ke tempat tidur membaik 6. Mobilitas membaik	pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu jalan (mis. kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 3. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
Intoleransi aktivitas (D.0056) Definisi : Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari Penyebab : 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas	Toleransi aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan	Manajemen energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor kelelahan fisik dan emosional Terapeutik 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Lakukan latihan rentang

5. Gaya hidup monoton	aktivitas sehari-hari	gerak pasif atau aktif
Gejala dan tanda	2. Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat	3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
a. Gejala dan tanda mayor	3. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat	4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
- Subjektif mengeluh lelah		Edukasi
- Objektif frekuensi jantung meningkat > 20 % dari kondisi istirahat		1. Anjurkan tirah baring
b. Gejala dan tanda minor		2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- Subjektif disnepsia saat atau setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah		Kolaborasi
- Objektif tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah beraktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis		1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Sumber : SDKI (PPNI, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi

dan Indikator Diagnostik, 2016), SIKI (SIKI, 2018), SLKI (SLKI, 2018)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk membantu pasien menyelesaikan masalah status kesehatan yang dihadapi. Proses implementasi berpusat pada kebutuhan klien, strategi implementasi keperawatan (Dinarti & Mulyanti , 2017).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang sangat penting. Ini memungkinkan perawat untuk menilai apakah tujuan perawatan yang telah ditetapkan telah tercapai, serta untuk mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah dilakukan. Evaluasi keperawatan juga membantu perawat dalam membuat keputusan tentang apakah perlu dilakukan penyesuaian atau perubahan dalam rencana asuhan keperawatan. Dengan demikian, evaluasi keperawatan membantu memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang terbaik dan memenuhi kebutuhan kesehatan mereka secara optimal (Dinarti & Mulyanti, 2017).

2.4 Konsep Masalah Keperawatan

2.4.1 Definisi Risiko Jatuh

Risiko jatuh adalah kondisi di mana seseorang menjadi lebih rentan atau cenderung untuk terjatuh. Ini menunjukkan pentingnya pencegahan jatuh dan manajemen risiko untuk menjaga kesehatan dan keselamatan individu. Risiko jatuh adalah kondisi di mana seseorang memiliki kecenderungan atau rentan untuk mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan sebagai akibat dari terjatuh (Saraswati, Fasya, & Santoso, 2022).

2.4.2 Fisiologi Risiko Jatuh

1. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau 2 tahun (pada anak)
2. Riwayat jatuh
3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)
4. Penggunaan alat bantu berjalan

5. Penurunan tingkat kesadaran
6. Perubahan fungsi kognitif
7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)
8. Kondisi pasca operasi
9. Hipotensi ortostatik
10. Perubahan kadar glukosa darah
11. Anemia
12. Kekuatan otot menurun
13. Gangguan pendengaran
14. Gangguan keseimbangan
15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
16. Neuropati
17. Efek agen farmakologis (mis, sedasi, alkohol, anestesi umum) (PPNI, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, 2016).

2.4.3 Faktor Yang Mempengaruhi

Faktor resiko jatuh dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu :

1. Faktor intrinsik yang berhubungan dengan kondisi pasien termasuk kondisi psikologi
 - a. Riwayat jatuh sebelumnya
 - b. Inkontinensia
 - c. Gangguan keseimbangan
 - d. Osteoporosis

- e. Usia 65 tahun
 - f. Gangguan kognitif atau psikologis
2. Faktor ekstrinsik berhubungan dengan lingkungan:
- a. Lantai yang basah, pencahayaan kurang
 - b. Alas kaki tidak pas
 - c. Kursi atau tempat tidur yang beroda
 - d. Peralatan yang tidak aman

2.4.4 Pencegahan

Agar tidak semakin memburuk serta tidak muncul komplikasi dapat dilakukan pencegahan jatuh dengan menganjurkan untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin, berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menggunakan alat bantu berjalan misalnya kursi roda maupun walker, dan juga menganjurkan untuk melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.

2.4.5 Instrumen Resiko Jatuh

Asesmen *Ontario modified stratify* adalah instrument penilai risiko jatuh yang dirancang untuk mengantisipasi pasien jatuh karena faktor fisiologis, skala ini terdiri dari 6 item penilaian yang terdiri dari riwayat jatuh, diagnosa sekunder, ada tidaknya alat bantu ambulasi, terapi intravena, gaya berjalan dan status mental (Anjelina, 2022).

Tabel 2. 2 Instrumen Ontario Modified Stratify

NO	Parameter	Skrinning	Jawaban	Ket Nilai
1.	Riwayat jatuh	- Apakah pasien datang ke	Ya/tidak	Salah satu jawaban Ya=6

NO	Parameter	Skrinning	Jawaban	Ket Nilai
		puskesmas karena jatuh? - Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir?	Ya/tidak	
2.	Status mental	- Apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat) - Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat, atau orang) - Apakah pasien mengalami agitas? (ketakutan, gelisah dan cemas	Ya/tidak Ya/tidak Ya/tidak	Salah satu jawaban Ya=14
3.	Penglihatan	- Apakah pasien memakai kacamata? - Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram? - Apakah pasien mengalami glaukoma, katarak, atau degenerasi makula?	Ya/tidak Ya/tidak Ya/tidak	Salah satu jawaban Ya=1
4.	Kebiasaan berkemih	- Apakah terdapat perubahan perilaku	Ya/tidak	Ya=2

NO	Parameter	Skrinning	Jawaban	Ket Nilai
		berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)		
5.	Transfer (dari tempat tidur ke kursi roda dan kembali ke tempat tidur)	- Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan) - Memerlukan sedikit bantuan (1 orang/ dalam pengawasan) - Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang) - Tidak dapat duduk dengan sempurna, perlu bantuan total	0 1 2 3	
6.	Mobilitas	- Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan) - Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal/fisik) - Menggunakan kursi roda - Imobilisasi	0 1 2 3	Jumlah nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3 maka skor = 0 Jika nilai total 4-6 maka skor = 7

Kategori

0-5 : risiko rendah

6-16 : risiko sedang

17-30 : risiko berat

Sumber : (Anjelina, 2022)