

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia merupakan seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun dan mengalami perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia pada tubuh, sehingga berdampak pada fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Erni Setiyorini, 2018:2).

Lansia (lanjut usia) adalah seseorang yang berusia mencapai 60 tahun keatas. Lansia mengalami perubahan kumulatif berupa menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Widiyawati & Sari, 2020:1).

2.1.2 Ciri-ciri Lansia

Berikut beberapa ciri-ciri lansia (Widiyawati & Sari, 2020:4):

1. Lansia mengalami periode kemunduran

Lansia mengalami kemunduran baik dari aspek fisik dan psikologis. Lansia yang memiliki motivasi rendah maka cenderung mengalami proses kemunduran fisik secara cepat, sedangkan lansia yang memiliki motivasi tinggi kemungkinan kemunduran fisiknya lambat terjadi.

2. Lansia memiliki status kelompok minoritas

Lansia sebagai kelompok minoritas diakibatkan karena kurangnya tenggang rasa pada orang lain dan lansia lebih senang mempertahankan

pendapatnya, sehingga sering mengakibatkan persepsi negatif di masyarakat.

3. Menua membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran pada lansia dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginannya sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan.

4. Perlakuan yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia seringkali mengakibatkan konsep diri yang buruk pada lansia dan dapat membentuk perilaku yang buruk juga, yang mungkin dapat mengakibatkan lansia mengalami gangguan menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

2.1.3 Klasifikasi Lansia

Batasan lanjut usia menurut WHO dalam (Widiyawati & Sari, 2020:2):

1. Usia pertengahan (*middle age*) kelompok usia 45 tahun sampai 59 tahun.
2. Lanjut usia (*elderly*) ialah kelompok usia antara 60 dan 74 tahun.
3. Lanjut usia tua (*old*) kelompok usia antara 75 dan 90 tahun.
4. Usia sangat rentan (*very old*) kelompok usia di atas 90 tahun.

Batasan lansia menurut (Maryam, Siti R, SKp et al., 2010:1)

1. Pra Usia Lanjut (Prasenilis)

Seseorang yang berusia antara 45–59 tahun.

2. Usia Lanjut

Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih. Usia lanjut adalah tahap masa

tua dalam perkembangan individu (usia 60 tahun ke atas). Sedangkan lanjut usia adalah sudah berumur atau tua.

3. Usia Lanjut Resiko Tinggi

Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

4. Usia Lanjut Potensial

Usia lanjut yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.

5. Usia Lanjut Tidak Potensial

Usia lanjut yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.1.4 Karakteristik Lansia

Menurut Sofia Rhosma Dewi (2015:4), lansia memiliki tiga karakteristik antara lain:

1. Berusia lebih dari 60 tahun.
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial hingga spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.1.5 Perubahan Pada Lansia

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia (Azizah, 2011:11):

1. Perubahan Fisik

a. Sistem indra

Sistem penglihatan lansia mengalami perubahan erat kaitannya dengan presbiopi. Lensa kehilangan elastisitas dan kaku, otot penyangga lensa lemah, ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, penggunaan kacamata dan sistem penerangan yang baik dapat digunakan.

Lansia mengalami masalah sistem pendengaran yang 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun disebabkan karena kehilangan kemampuan (daya) pendengaran pada telinga bagian dalam, terutama terhadap bunyi suara nada - nada yang tinggi, nada yang tidak jelas, kata-kata sulit dimengerti.

Sistem integumen pada lansia terjadi artrofi pada kulit, kendur, tidak elastis, kering, dan berkerut.

b. Sistem muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia antara lain:

- Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kolagen pada lansia mengalami perubahan yang menyebabkan turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak nyeri, penurunan kemampuan peningkatan kekuatan otot, dan kesulitan bergerak.
- Kartilago, jaringan kartilago pada persendian mengalami granulasi dan akhirnya permukaan menjadi tidak rata, kemampuan kartilago untuk regenerasi juga berkurang diiringi dengan degenerasi yang cenderung kearah progresif, sehingga menyebabkan terjadinya sendi mengalami peradangan, kekakuan, nyeri, keterbatasan gerak,

dan terganggunya aktifitas sehari-hari

- Otot, lansia mengalami perubahan struktur otot yang bervariasi, mulai dari penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot yang mengakibatkan lansia mengalami penurunan kekuatan, penurunan fleksibilitas, dan penurunan kemampuan fungsional otot.
- Sendi, pada lansia jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligamen, dan fasia mengalami penurunan elastisitas. Kelainan tersebut menyebabkan lansia mengalami gangguan berupa bengkak, nyeri, kekakuan sendi, gangguan jalan dan aktivitas.

c. Sistem kardiovaskuler dan respirasi

- Sistem kardiovaskuler

Massa jantung pada lanjut usia mengalami perubahan, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi SA nude dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat. Konsumsi oksigen pada tingkat VO₂ maksimum, mengurangi tekanan darah, dan berat badan.

- Sistem respirasi

Penuaan mengakibatkan terjadinya perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang rugi paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago,

dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernafasan terganggu dan kemampuan peregangan torak berkurang.

d. Pencernaan dan metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan mulai dari kehilangan gigi, kesehatan gigi yang buruk, indra pengecap mengalami penurunan seperti kehilangan sensitifitas, asam lambung menurun, waktu mengosongkan lambung menurun, peristaltik lemah yang menyebabkan timbulnya konstipasi, daya absorpsi lambung menurun, terjadi artrofi pada hati.

e. Sistem perkemihan

Terjadi perubahan signifikan pada sistem perkemihan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

f. Sistem saraf

Sistem saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Penuaan menyebabkan penurunan persepsi sensori dan respon motorik pada susunan saraf pusat dan penurunan reseptor progresif, hal ini terjadi karena susunan saraf pusat pada lansia mengalami morfologis dan biokimia, perubahan tersebut mengakibatkan penurunan fungsi kognitif.

g. Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya

ovari dan uterus, serta terjadi atrofi payudara pada wanita. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur. Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun. Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang dan reaksi sifatnya menjadi alkali.

2. Perubahan Kognitif

a. Memory (daya ingat)

Lansia mengalami penurunan daya ingat. Ingatan jangka panjang (*long term memory*) kurang mengalami perubahan, sedangkan ingatan jangka pendek (*short term memory*) memburuk.

b. IQ (*Intelligent Quocient*)

Lansia tidak mengalami perubahan dengan informasi matematika (analitis, linear, sekuensi) dan perkataan verbal. Tetapi persepsi dan daya membayangkan (*fantasi*) terjadi penurunan.

c. Kemampuan belajar

Tidak terjadi penurunan kemampuan belajar pada lansia sehat, kecuali pada lansia yang mengalami demensia.

d. Kemampuan pemahaman

Kemampuan pemahaman atau menangkap pengertian pada lansia mengalami penurunan. Hal ini dipengaruhi oleh konsentrasi dan fungsi pendengaran lansia yang mengalami penurunan.

e. Pemecahan masalah

Masalah yang dihadapi lansia tentu semakin banyak. Saat

mengalami penuaan pemecahan masalah menjadi terhambat karena terjadinya penurunan fungsi indra pada lanjut usia. Hambatan yang lain dapat berasal dari penurunan daya ingat, pemahaman dan lain-lain.

f. Pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan pada lansia mengalami perlambatan atau seolah-olah terjadi penundaan. Oleh sebab itu, lansia membutuhkan seseorang yang dapat mendampingi dalam pengambilan keputusan.

g. Kebijaksanaan

Kebijaksanaan adalah aspek kepribadian dan kombinasi dari aspek kognitif. Pada lansia semakin bijaksana dalam menghadapi suatu permasalahan, tetapi hal ini tergantung pada tingkat kematangan kepribadian seseorang dan pengalaman hidup yang dijalaninya.

h. Kinerja

Terjadi penurunan kinerja baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Penurunan kinerja bersifat wajar sesuai dengan perubahan yang dialami lansia mulai dari organ biologis ataupun perubahan yang sifatnya patologis.

i. Motivasi

Motivasi pada lansia baik kognitif maupun afektif cukup besar, namun motivasi tersebut seringkali kurang memperoleh dukungan kekuatan fisik maupun psikologis, sehingga hal-hal diinginkan banyak berhenti ditengah jalan.

3. Perubahan spiritual

Lansia makin teratur dalam kehidupan keagamaannya karena merasakan atau sadar akan kematian.

4. Perubahan Psikososial

a. Pensiun

Pensiun adalah tahap kehidupan yang dicirikan oleh adanya transisi dan perubahan peran yang menyebabkan stress psikososial. Seseorang yang pensiun akan mengalami kehilangan-kehilangan seperti finansial, status, teman atau kenalan, kegiatan atau pekerjaan.

b. Perubahan aspek kepribadian

Terjadi penurunan fungsi kognitif dan psikomotor pada lansia. Dengan adanya penurunan kedua fungsi tersebut, lansia mengalami perubahan kepribadian. Tipe kepribadian ada 5 yaitu, konstruktif, mandiri, tergantung, bermusuhan, defensif, dan kritik diri.

c. Perubahan dalam peran sosial di masyarakat

Sistem indra pada lansia mengalami penurunan, begitu juga fisik, dan lain sebagainya, maka muncul gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia, sehingga sering menimbulkan keterasingan.

d. Perubahan minat

Lanjut usia mengalami perubahan dalam minat yang mempengaruhi pola hidup. Perubahan yang diminati pada lansia adalah perubahan yang berkaitan dengan masalah peningkatan kesehatan, ekonomi, atau pendapatan dan peran sosial.

5. Penurunan fungsi dan potensi seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lansia sering kali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik. Selain itu terdapat faktor psikologis yang mempengaruhi seksualitas pada lansia, seperti rasa tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia.

2.1.6 Tugas Perkembangan Lansia

Tugas perkembangan lansia menurut (Sofia Rhosma Dewi, 2015:7):

1. Mempersiapkan diri untuk kondisi menurun.
2. Mempersiapkan diri untuk pensiun.
3. Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya.
4. Mempersipakan kehidupan baru.
5. Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial/masyarakat secara santai.
6. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Tekanan darah tinggi menjadi masalah jika terjadi persisten karena dengan tingginya tekanan darah mengakibatkan sistem sirkulasi dan organ yang mendapat suplai darah menjadi tegang termasuk jantung dan otak (Mufarokhah, 2020:1)

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah menjadi naik yaitu sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg karena ada

gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Apriyani Puji Hastuti & I Made Ratih R, 2020:8).

2.2.2 Faktor Penyebab Hipertensi

Faktor penyebab hipertensi menurut (Apriyani Puji Hastuti & I Made Ratih R, 2020:12):

Penyebab hipertensi esensial:

- a. Herediter atau faktor genetik.
- b. Lingkungan, termasuk asupan garam, obesitas, pekerjaan, kurang olah raga, asupan alkohol, stress psikososial, jenis kelamin, dan usia.
- c. Sistem renin, angiotensin, dan aldosteron.
- d. Defek membrane sel dalam ekskresi Na, yaitu penurunan pengeluaran Na dari dalam sel yang disebabkan oleh kelainan pada sistem Na+K+ATP dan NA+H+exchanger.
- e. Resistensi insulin atau hiperinsulinemia mengakibatkan retensi natrium ginjal, meningkatkan aktivitas saraf simpatis, meningkatkan tekanan arteri, dan hipertofi otot polos.

Penyebab hipertensi sekunder:

- a. Penggunaan estrogen
- b. Penyakit ginjal
- c. Hipertensi vaskuler renal
- d. Hiperaldosteronisme primer
- e. Sindrom chusing

- f. Feokromositoma
- g. Kehamilan.

2.2.3 Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi European of Cardiology (ESH-ESC)

Kategori	TD Sistolik (mmHg)		TD Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	dan/atau	< 80
Normal	120 – 129	dan/atau	80 – 84
Normal Tinggi	130 – 139	dan/atau	85 – 89
Hipertensi Tingkat 1	140 – 159	dan/atau	90 – 99
Hipertensi Tingkat 2	160 – 179	dan/atau	100 – 109
Hipertensi Tingkat 3	≥ 180	dan/atau	≥ 110
Hipertensi sisistolik terisolasi	≥ 140	dan/atau	< 90

Sumber (Mufarokhah, 2020:2)

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi (AHA, 2017)

Kategori	TD Sisistolik (mmHg)		TD Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	dan	< 80
Tekanan Darah Tinggi	120 – 129	dan	< 80
Hipertensi Stadium 1	130 – 139	dan	80 – 89
Hipertensi Stadium 2	≥ 140	dan	≥ 90
Hipertensi Urgensi	≥ 180	dan	≥ 120

Sumber (Mufarokhah, 2020:2)

2.2.4 Patofisiologi

Hipertensi merupakan suatu kondisi yang sangat kompleks. Ginjal merupakan penyumbang sekaligus organ target dari proses terjadinya hipertensi. Hipertensi juga melibatkan interaksi berbagai sistem organ dan berbagai mekanisme jalur independen atau interdependen. Faktor yang berperan penting dalam terjadinya hipertensi antara lain genetik, aktivitas sistem neurohormonal seperti sistem saraf simpatis dan sistem renin – angiotensin – aldosterone,

obesitas, dan peningkatan asupan garam (Ahmad Ruhardi et al., 2021:101).

Hipertensi pada lansia dipengaruhi oleh mekanisme peningkatan tekanan sistolik yang sejalan dengan peningkatan usia. Peningkatan usia menyebabkan penurunan elastisitas dan kemampuan meregang pada arteri besar. Tekanan aorta meningkat sangat tinggi dengan penambahan volume intravaskuler yang sedikit menunjukkan kekakuan pembuluh darah pada lanjut usia. Secara hemodinamik, hipertensi sistolik ditandai penurunan kelenturan pembuluh arteri besar resistensi perifer yang tinggi pengisian diastolik abnormal dan bertambah masa ventrikel kiri. Penurunan volume darah dan output jantung disertai kekakuan arteri besar menyebabkan penurunan tekanan diastolik. Lanjut usia mengalami kerusakan struktural dan fungsional pada arteri besar yang membawa darah dari jantung menyebabkan semakin parahnya pengerasan pembuluh darah dan tingginya tekanan darah (Ulya & Jannah, 2021:21).

2.2.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala hipertensi menurut (Mufarokhah, 2020:18):

- a. Sakit kepala, sel darah merah yang membawa oksigen mengalami kesulitan mencapai otak karena pembuluh yang menyempit, menyebabkan sakit kepala kadang disertai mual muntah akibat peningkatan intrakranial.
- b. Pusing terjadi karena konsentrasi oksigen yang rendah yang mencapai otak.
- c. Sakit dada, nyeri dada terjadi karena kadar oksigen menurun.
- d. Penglihatan kabur, penglihatan kabur dapat terjadi penyempitan pada pembuluh darah mata, sehingga sel darah merah yang membawa

oksigen tidak dapat melewati.

- e. Ayunan langkah tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- f. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.
- g. Gejala lainnya yaitu keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan nyeri, dan lain-lain.

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang hipertensi (Ns. Alfeus Manuntung, 2019:13):

1. Hemoglobin/hematokrit: mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor-faktor risiko seperti hipokoagulabilitas, anemia.
2. BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
3. Glukosa: hiperglikemia (Diabetes Melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).
4. Kalium serum: hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron penyebab utama atau menjadi efek samping terapi diuretik
5. Kalsium serum: peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi
6. Kolesterol dan trigliserida serum: peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk/adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler).
7. Pemeriksaan tiroid: hipertiroidisme dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan hipertensi.

8. Kadar aldosteron urin dan serum: untuk menguji aldosteronisme ginjal dan atau adanya diabetes
9. VMA urin (metabolit katekolamin): kenaikan dapat mengindikasikan adanya feokromositoma (penyebab), VMA urin 24 jam dapat digunakan untuk pengkajian feokromositoma bila hipertensi hilang timbul.
10. Asam urat: hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor resiko terjadinya hipertensi.
11. Steroid urin: kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme, feokromositoma atau disfungsi pituitari, sindrom Cushing's, kadar renin dapat juga meningkat.
12. IVP: dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal dan ureter.
13. Foto dada: dapat menunjukkan obstruksi klasifikasi pada area katub, deposit pada dan/EKG atau takik aorta, perbesaran jantung.
14. CT scan: mengkaji tumor serebral, CSV, ensefalopati, atau feokromositoma.
15. EKG: dapat menunjukkan perbesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi. Catatan: luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan utama pada pasien hipertensi adalah menurunkan tekanan darah kembali ke normal. Tetapi pengendalian faktor resiko juga harus tetap dilaksanakan. Penatalaksanaan hipertensi terbagi menjadi dua, yaitu:

a. Farmakologi

Pemberian obat-obatan pada pasien hipertensi harus memperhatikan usia, penyakit komorbid lainnya, dan kondisi lainnya sehingga terapi farmakologi dapat diberikan secara tepat. Beberapa golongan obat yang dapat diberikan sebagai penatalaksanaan farmakologi pasien hipertensi seperti:

- Golongan ACE inhibitor
- Angiotensin reseptor blocker
- Kalsium blokes
- Obat-obatan diuretik

b. Nonfarmakologi

Penatalaksanaan hipertensi secara nonfarmakologi dapat dilakukan untuk menurunkan tekanan darah dan pengendalian faktor resiko hipertensi seperti mengontrol beberapa hal berikut:

- Berat badan: pertahankan berat badan normal dengan indeks massa tubuh (IMT): 18,5-24,9 kg/m²
- Konsumsi garam: kurangi konsumsi garam. Garam dapat dikonsumsi sebanyak 2,4 gram hingga 6 gram per hari
- Tingkatkan aktivitas fisik: aktivitas fisik aerobik yang dilakukan secara teratur selama 30 menit/hari dan hamper setiap hari salam seminggu dapat menurunkan tekanan darah 4-9 mmHg
- Diet sehat: diet sehat dilakukan dengan mengonsumsi buah dan sayur serta mengurangi kandungan lemak jenuh dan total dalam makanan.

(Ahmad Ruhardi et al., 2021:103)

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah suatu ketidak nyamanan yang mengikat dan sensasinya sangat subyektif, serta menimbulkan gangguan dan perubahan aktivitas fisik, psikis yang meliputi emosi, pola pikir dan sebagainya (Atoilah & Engkus, 2013:176).

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Nyeri dibedakan beberapa hal sebagai berikut (Atoilah & Engkus, 2013:180):

1. Menurut tempatnya

a. Peripheral pain yang terdiri dari:

- *Superfisial pain* yaitu nyeri yang dirasakan pada permukaan pada tubuh, misalnya kulit atau mukosa.
- *Deep pain* yaitu nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh dalam (viscera).
- *Reffered pain* (nyeri alihan) yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena bagian daerah lain yang jauh dari asal nyeri.

b. Central pain

Nyeri ini terjadi akibat perangsangan susunan saraf pusat yaitu medulla spinalis, batang otak, dan talamus.

c. Psycogenic pain

Nyeri yang dirasakan tanpa penyebab organis tetapi akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik.

2. Menurut sifatnya

- a. *Incidental pain*: nyeri yang timbul sewaktu-waktu kemudian menghilang.
 - b. *Steady pain*: nyeri timbul menetap dan dirasakan dalam waktu yang lama misalnya abses, ulkus ventrikuli.
 - c. *Paroxysmal pain*: nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi sekali dan biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit, lalu menghilang dan bisa timbul lagi.
3. Menurut berat ringannya
 - a. Nyeri ringan: nyeri dalam intensitas rendah.
 - b. Nyeri sedang: nyeri yang menimbulkan reaksi.
 - c. Nyeri berat: nyeri dengan intensitas tinggi.
 4. Menurut serangannya
 - a. Nyeri akut: nyeri yang terjadi dalam waktu kurang dari 6 bulan.
 - b. Nyeri kronik: nyeri yang terjadi dalam waktu lebih dari 6 bulan.

2.3.3 Faktor – Faktor Mempengaruhi Nyeri

Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Saryono & Widiyanti, 2014:77):

1. Usia

Perbedaan usia dalam berespon terhadap nyeri. Anak kecil memiliki kesulitan untuk memahami dan mengekspresikan nyeri. Pada lansia, mereka lebih tidak melaporkan atau mengekspresikan nyeri, lansia lebih menyangkal karena takut akan konsekuensi atau tindakan medis yang dilakukan dan takut akan penyakit dari rasa nyeri itu.

2. Jenis kelamin

Seseorang laki – laki lebih tahan terhadap nyeri dibandingkan wanita.

3. Kebudayaan

Beberapa kebudayaan meyakini bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang wajar, namun ada kebudayaan yang mengajarkan untuk menutup perilaku untuk tidak memperlihatkan nyeri.

4. Makna nyeri

Makna nyeri memengaruhi pengalaman nyeri dan adaptasi terhadap nyeri.

5. Perhatian

Seseorang yang mampu mengalihkan perhatian, sensasi nyeri akan berkurang, karena upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6. Ansietas

Ansietas sering meningkatkan persepsi nyeri dan nyeri dapat menimbulkan ansietas.

7. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri yang menurunkan kemampuan koping.

8. Pengalaman nyeri

Seseorang dengan pengalaman nyeri akan lebih terbentuk koping yang baik dibanding orang yang pertama kali mengalami nyeri, maka akan mengganggu koping.

9. Gaya koping

Klien sering menemukan cara untuk mengembangkan koping terhadap

efek fisiologis dan psikologis. Gaya koping ini berhubungan dengan pengalaman nyeri.

10. Dukungan keluarga dan sosial

Dukungan keluarga atau orang yang dicintai akan meminimalkan persepsi nyeri.

2.3.4 Skala Intensitas Nyeri

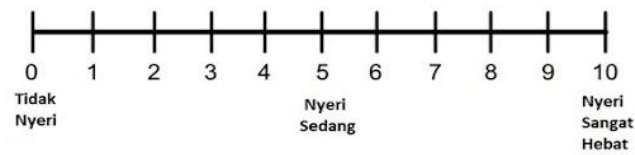
Skala intensitas nyeri dibedakan menjadi 2 yaitu skala numerik dan skala visual analog (Atoilah & Engkus, 2013:184):

a. Skala numerik

Membuat urutan nomor samapai rentang yang dibutuhkan, lalu tentukan nilai (skala nyeri) di setiap angka tersebut. Angka paling kecil menunjukkan tidak ada nyeri atau nyeri paling rendah dan semakin nilai besar nyeri semakin berat, sampai nyeri yang paling berat.

b. Skala visual analog

Cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal.



Gambar 2.1 Skala Visual Analog

2.4 Konsep Kompres Hangat

2.4.1 Definisi Kompres Hangat

Kompres hangat adalah tindakan memberikan rasa hangat kepada pasien dengan mempergunakan cairan atau alat yang menimbulkan panas pada bagian yang memerlukan (Dewi Wijayanti et al., 2021:245).

Tindakan yang dilakukan dengan memberikan kompres dengan air hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Alimul, 2008:93).

2.4.2 Mekanisme Kerja Kompres Hangat Terhadap Nyeri

Pada nyeri kepala dan tengkuk yang diderita oleh pasien hipertensi disebabkan karena suplai darah ke otak mengalami penurunan dan peningkatan spasme pembuluh darah. Terapi kompres hangat menimbulkan vasodilatasi sehingga dapat melebarkan pembuluh darah arteriol, yang dapat meningkatkan pemasukan oksigen dan nutrisi ke jaringan otak (Setyawan & Kusuma, 2017).

2.4.3 Indikasi dan Kontraindikasi Kompres Hangat

Indikasi kompres hangat antara lain:

1. Memperlancar aliran darah.

2. Mengurangi rasa sakit atau nyeri pada bagian tubuh tertentu.
3. Menurunkan demam/suhu tubuh.
4. Memberikan rasa hangat, nyaman, dan tenang.
5. Klien yang mempunyai penyakit peradangan, seperti radang persendian kronis.

Kontraindikasi kompres panas antara lain:

1. 24 jam pertama setelah cedera atau trauma berat karena rasa panas pada kompres dapat menimbulkan efek vasodilatasi sehingga dapat meningkatkan perdarahan dan pembengkakan pada bagian tubuh yang dikompres.
2. Perdarahan yang masih aktif karena bisa menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan akan meningkatkan terjadinya perdarahan.
3. Gangguan pada kulit/ iritasi yang dapat menyebabkan kemerahan atau lepuh karena rasa panas tersebut dapat membakar atau menyebabkan kerusakan kulit lebih jauh

(Riri Segita et al., 2021:8)

2.4.4 Kompres Hangat Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Tenguk Pasien Dengan Hipertensi

Penurunan skala nyeri pada penelitian yang berjudul “Efektifitas Kompres Hangat Dalam Penurunan Skala Nyeri Pasien Hipertensi” oleh Putra Agina Widyaswara Suwaryo dan Melly Eka Sri Utami di Bangsal Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Hasil pengkajian nyeri didapatkan hasil kompres hangat efektif mengurangi nyeri pada hipertensi, pasien I dan II setelah dilakukan kompres hangat selama 3 hari mengalami penurunan skala nyeri, yang semula

skala 7 menjadi skala 0 (tidak nyeri) (Suwaryo & Melly, 2018).

Penurunan skala nyeri pada penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman Nyeri” di Ruang Dahlia 1 Klinik Rifda Medika Sragen menggunakan terapi kompres hangat selama 2 hari dengan 1 subjek penelitian, bahwa nyeri pada tengkuk setelah dikompres selama 2 hari mengalami penurunan, semula skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 1 (Citra Anis Muji Lestari & Wahyu Rima Agustin, 2021).

2.4.5 Metode Pelaksanaan Kompres Hangat

Kompres hangat merupakan tindakan yang dilakukan dengan memberikan kompres hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat. Metode pelaksanaan kompres hangat menurut (Alimul, 2008):

Persiapan alat dan bahan:

1. Botol berisi air panas (suhu 46-51,5°C)/ air hangat
2. Thermometer air
3. Kain pembungkus

Cara pelaksanaan:

1. Cuci tangan
2. Jelaskan mengenai prosedur yang akan dilakukan pada pasien
3. Isi botol dengan air panas
4. Tutup botol yang telah diisi air panas, kemudian keringkan

5. Masukkan botol kedalam kantong kain
6. Tempatkan botol pada daerah yang akan dikompres
7. Angkat botol setelah 20 menit, ganti air yang ada didalam botol, taruh lagi botol pada daerah yang akan dikompres
8. Catat perubahan yang terjadi selama tindakan
9. Cuci tangan

Sikap:

1. Ramah dan hati-hati
2. Sopan terhadap pasien
3. Komunikatif

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Lansia Hipertensi Dengan Nyeri Akut

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah sebuah proses untuk mengenal dan mengidentifikasi faktor-faktor (baik positif dan negatif) pada usia lanjut, baik secara individu maupun kelompok, yang bermanfaat untuk mengetahui masalah dan kebutuhan usia lanjut, serta untuk mengembangkan strategi promosi kesehatan. Pengkajian keperawatan pada lansia merupakan proses keperawatan yang kompleks. Saat melakukan pengkajian mempertimbangkan kebutuhan lansia untuk menjamin pendekatan lansia spesifik (Azizah, 2011).

a. Pengkajian data

1. Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, alamat, suku, agama, pekerjaan/penghasilan, dan pendidikan terakhir.

2. Riwayat kesehatan

- Keluhan utama

Sakit kepala disertai rasa berat di tengkuk, sakit kepala berdenyut.

- Riwayat penyakit atau masalah kesehatan saat ini

Gejala yang di maksud adalah sakit di kepala, pendarahan di hidung, pusing, wajah kemerahan, dan kelelahan yang bisa saja terjadi pada penderita hipertensi. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak di obati, bisa timbul gejala sakit kepala, kelelahan muntah, sesak napas, pandangan menjadi kabur, yang terjadi karena kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma.

- Riwayat penyakit atau masalah kesehatan yang lalu

Riwayat penyakit dahulu yang perlu dikaji antara lain: apakah ada riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes militus, penyakit ginjal, obesitas, hiperkolestrol, adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral, dan lain-lain.

- Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi.

3. Pengkajian Fisik

- Pengkajian kebutuhan dasar

- Kemandirian dalam melakukan aktifitas

- Pengkajian keseimbangan (perubahan posisi/gerakan keseimbangan dan gaya berjalan/gerakan)

- Pengkajian *Head To Toe* atau pengkajian persistem

(1) Kepala

Terdapat nyeri tekan pada kepala bagian belakang, ada tidaknya oedema dan lesi, serta adakah kelainan bentuk kepala, warna rambut putih.

(2) Mata

Biasanya terdapat konjungtivitis, anemis.

(3) Hidung dan sinus

Biasanya dapat dijumpai epistaksis jika sampai terjadi kelainan vaskuler akibat dari hipertensi.

(4) Telinga

Tidak ada serumen, simetris kanan kiri, biasanya pendengaran pada lansia menurun.

(5) Mulut dan tenggorokan

Biasanya ada perdarahan pada gusi, peradangan, kesulitan mengunyah, dan kesulitan menelan.

(6) Leher

Terdapat kekakuan bagian belakang, terdapat nyeri tekan pada bagian belakang.

(7) Payudara

Bentuk simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, dan tidak ada nyeri tekan.

(8) Sistem pernapasan

Adanya dyspnea yang berkaitan dengan aktivitas kerja, takipnea, penggunaan otot pernapasan, didapat suara hipersonor, terdapat bunyi

napas tambahan.

(9) Kardiovaskuler

Kulit pucat, sianosis, diaphoresis (kongesti hipoksemia). Kenaikan tekanan darah, hipertensi postural (mungkin berhubungan dengan regimen obat).

(10) Gastrointestinal

Hilangnya nafsu makan, mual, muntah, perubahan berat badan, perubahan kelembapan kulit.

(11) Perkemihan

Ditinjau dari adanya lesi atau tidak, infeksi, adanya nyeri saat berkemih, warna urine keruh, lansia juga biasanya sering inkontinensia urin.

(12) Genitroproduksi wanita/pria

Apakah ada penyakit kelamin, masalah seksual, riwayat menstruasi dan menopause pada wanita.

(13) Muskuloskeletal

Pada pasien hipertensi tidak terjadi kelainan tonus otot, terkucuali jika sudah komplikasi seperti stroke.

(14) Sistem saraf pusat: pada system saraf pusat biasanya terdapat masalah seperti sakit kepala, paresis, dan tremor.

(15) Sistem endokrin

Masalah seperti panas dan dingin, keringat berlebihan, terdapat perubahan rambut, dan poliuria.

b. Pengkajian Psikososial

1. Pengkajian status mental lansia

- Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan *Short Mental Portable Status Questionnaire* (SPMSQ).
- Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan *Mini Mental State Examination* (MMSE).
- Identifikasi masalah emosional dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS).

2. Pengkajian status sosial

Kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien pada orang lain, harapan-harapan klien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan klien dalam sosialisasi, hubungan dengan anggota keluarga, perilaku kekerasan penelantaran.

3. Pengkajian perilaku terhadap kesehatan

- Kebutuhan merokok atau tembakau
- Kebiasaan minum kopi
- Peneggunaan alkohol atau napza
- Penggunaan obat – obatan tanpa resep

4. Pengkajian lingkungan

- Pemukiman atau rumah
- Sanitasi
- Faktor – faktor resiko (polusi udara, air, suara, kecelakaan/jatuh)

5. Pemanfaatan layanan kesehatan

- Kunjungan ke posyandu lansia
- Kunjungan ke puskesmas atau rumah sakit atau dokter atau tenaga kesehatan
- Pembiayaan kesehatan atau asuransi kesehatan

6. Tingkat pengetahuan/sikap

- Pengetahuan tentang kesehatan atau perawatan
- Sikap tentang kesehatan atau perawatan

(Ahmad Ruhardi et al., 2021)

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang lansia, yang berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah lansia (Kholifah, 2016).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan hipertensi menurut (Bacharudin, 2016) adalah sebagai berikut:

1. Resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan vasokonstriksi pembuluh darah.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂.
3. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler cerebral.
4. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi in adekuat, keyakinan budaya, pola hidup monoton.
5. Inefektif koping individu berhubungan dengan mekanisme koping tidak efektif, harapan yang tidak erpenuhi, persepsi tidak realistik.
6. Kurang pengetahuan mengenai kondisi penyakitnya berhubungan dengan kurang sumber informasi yang didapat.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian sebelumnya dengan

judul “Efektifitas Kompres Hangat Dalam Penurunan Skala Nyeri Pasien Hipertensi”, oleh Putra Agina Widyaswara Suwaryo dan Melly Eka Sri Utami di Bangsal Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
2. Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan gangguan (nyeri akut)
3. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai O₂ tidak adekuat

(Suwaryo & Melly, 2018)

2.5.3 Rencana Keperawatan

Standar luaran keperawatan menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

dan standar intervensi keperawatan menurut (PPNI, 2018).

Tabel 2.3 Tujuan dan Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D. 0077)	<p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun</p> <p>Kriteria Hasil: Tingkat Nyeri (L. 08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik - Tekanan darah membaik - Pola tidur membaik 	<p>SIKI: Manajemen Nyeri (I. 08238) Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis (kompres hangat) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
		<p>Kolaborasi</p> <p>8. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>Observasi</p> <p>9. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>10. Identifikasi skala nyeri</p> <p>11. Identifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>12. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri</p> <p>13. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>Kompres Panas (I. 08235)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat</p> <p>2. Pilih lokasi kompres</p> <p>3. Balut alat kompres panas dengan kain pelindung</p> <p>4. Lakukan kompres panas pada daerah yang membutuhkan</p> <p>5. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan prosedur penggunaan</p> <p>Ajarkan cara menghindari</p> <p>6. kerusakan jaringan akibat panas</p> <p>Observasi</p> <p>7. Identifikasi kontraindikasi kompres panas</p> <p>8. Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres panas</p> <p>9. Periksa suhu alat kompres</p> <p>10. Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit.</p>

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan merupakan tahap keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan), strategi ini terdapat dalam rencana tindakan keperawatan (Kholifah, 2016:).

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Penilaian yang dilakukan dengan membandingkan kondisi lansia dengan tujuan yang ditetapkan pada rencana. Evaluasi dilaksanakan berkesinambungan dengan melibatkan lansia dan tenaga kesehatan lainnya (Kholifah, 2016)