

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi

Pada Pasal 1 UU No.13 tahun 1998 tentang kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usai lebih dari 60 tahun. Menurut Keliat (1999) usia lanjut dapat dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Maryam, 2020).

Perubahan yang terjadi dalam proses penuaan adalah suatu fase di mana individu berusaha untuk tetap menjalani hidup dengan bahagia meskipun menghadapi berbagai perubahan. Hal ini tidak selalu berarti adanya "perubahan drastis" atau "kemunduran." Dalam definisi, individu yang telah berusia 45 tahun atau lebih, atau 60 tahun ke atas, biasanya disebut sebagai lansia (Senja & Prasetyo, 2019).

2. Batasan Lansia

Menurut World Health Organization (WHO) masa lanjut lansia dibagi ke dalam beberapa kategori, sebagai berikut:

- a. Usia 45-59 disebut *middle age* (setengah baya)
- b. Usia 60-74 disebut *eldery* (usia lanjut)
- c. Usia 75-90 disebut *old* (tua)
- d. Usia di atas 90 disebut *old* (tua sekali) (Laily et al., 2024)

Menurut Kementerian Kesehatan RI, batasan lanjut usia dikelompokkan dalam 3 golongan yaitu:

- a. Pra lanjut usia (45-59 tahun)
- b. Lanjut usia (60-69 tahun)
- c. Lanjut usia resiko tinggi (≥ 70 tahun atau ≥ 60 tahun dengan masalah kesehatan) (Montol, 2024).

3. Perubahan Fisiologi dan Psikologi pada Lansia

Proses penuaan dimulai setelah pertumbuhan tubuh selesai, biasanya pada usia 25 tahun. Banyak orang yang menyadari tanda-tanda penuaan, seperti rambut yang mulai memutih, meskipun pada awalnya proses ini tidak memberikan masalah berarti. Namun, seiring berjalannya waktu, laju penuaan semakin cepat dan perubahan fisiologis menjadi semakin terlihat (Senja & Prasetyo, 2019).

Proses penuaan ditandai oleh serangkaian perubahan fisiologis, baik yang terlihat maupun yang tidak. Perubahan fisik yang tampak, seperti kulit yang mulai keriput dan mengendur, rambut yang berubah warna menjadi uban, gigi yang hilang, serta penumpukan lemak di area pinggang dan perut. Sementara itu, perubahan fisik yang tidak terlihat mencakup perubahan dalam fungsi organ, seperti penglihatan, pendengaran, dan kepadatan tulang (Senja & Prasetyo, 2019).

Secara psikologis lansia sering merasa depresi, penyebab utama dari depresi tersebut adalah kehilangan seseorang yang disayangi, pasangan hidup, anak, bahkan terkadang binatang peliharaan. Serta cenderung untuk menarik diri dari lingkungan yang menyebabkan dirinya terisolasi dan menjadi depresi. Keluarga yang mulai mengacuhkan karena merasa direpotkan sering menyebabkan seorang lansia merasa hidup sendiri (Adriani et al., 2022).

4. Masalah Kesehatan pada Lansia

Lansia sering kali diidentikkan dengan berbagai penurunan dalam status kesehatan, khususnya terkait dengan kesehatan fisik. Berbagai teori mengenai proses penuaan menunjukkan bahwa seiring bertambahnya usia, status kesehatan lansia cenderung menurun, yang pada gilirannya berdampak pada kualitas hidup mereka. Proses penuaan ini biasanya disertai dengan munculnya berbagai penyakit, penurunan fungsi tubuh, gangguan keseimbangan, serta meningkatnya risiko jatuh (Afrilia et al., 2023).

Menurut (Senja & Prasetyo, 2019) penyakit yang umum terjadi pada lansia meliputi:

a. Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi)

Masalah kesehatan ini sering kali berujung pada tekanan darah tinggi. Beberapa kondisi termasuk dalam kategori normal, sementara lainnya bersifat patologis atau terkait penyakit. Pada individu berusia di atas 50 tahun, penyebab tekanan darah tinggi bervariasi dan dapat dipengaruhi oleh faktor eksternal, seperti lingkungan, maupun faktor internal yang berkaitan dengan diri sendiri. Di antara penyebab yang paling umum adalah adanya penyakit tertentu, seperti masalah ginjal, serta pola makan yang tidak sehat, terutama peningkatan konsumsi makanan yang mengandung garam dan pengawet.

b. Kolesterol

Kadar kolesterol sering kali meningkat akibat kebiasaan makan yang tidak sehat. Selain itu, kurangnya aktivitas fisik dan gaya hidup yang tidak mendukung kesehatan dapat memperburuk kondisi ini. Hal ini membuat kolesterol semakin sulit untuk dikeluarkan dari tubuh. Dampak buruk dari pola makan yang tidak sehat sejak usia muda mungkin baru akan terasa setelah kita mencapai usia 50 tahun.

c. Jantung

Terkait dengan tekanan darah tinggi dan kolesterol, penyakit jantung sering kali dipicu oleh kebiasaan gaya hidup yang tidak sehat. Kebiasaan tersebut memberikan beban yang berlebihan pada organ-organ vital, yang berjuang untuk mempertahankan keseimbangan. Individu yang berusia di atas 50 tahun cenderung memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit jantung jika mereka tidak menerapkan gaya hidup sehat sejak usia muda.

d. Stroke

Penyakit yang dapat menyebabkan kelumpuhan ini umumnya dialami oleh orang-orang yang telah berusia lanjut. Namun, saat ini, semakin banyak kasus stroke yang terjadi pada usia yang lebih muda. Hal ini dapat disebabkan pada pola makan dan kebiasaan gaya hidup yang tidak sehat. Stroke adalah penyakit yang berkembang secara perlahan namun pasti. Oleh karena itu, jika Anda berusia di atas 50 tahun, sangat penting untuk tetap waspada terhadap gejala stroke.

e. Prostat

Masalah prostat umumnya muncul seiring bertambahnya usia. Terdapat berbagai jenis masalah yang dapat terjadi pada prostat, salah satunya adalah kanker prostat.

f. Arthritis

Arthritis, atau yang lebih dikenal sebagai radang sendi, adalah penyakit yang menyerang sendi-sendi tubuh. Penyakit ini dipicu oleh peradangan yang dapat terjadi di area paha, dan sering kali disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk pola makan yang tidak sehat. Oleh karena itu, demi kualitas hidup yang lebih baik dan tubuh yang kuat, penting bagi kita untuk menjaga pola hidup yang sehat seiring bertambahnya usia.

g. Diabetes

Diabetes, yang ditandai dengan meningkatnya kadar gula darah akibat gangguan insulin, merupakan penyakit tidak menular yang umumnya menyerang individu berusia di atas 50 tahun. Penyakit ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik yang bersifat genetik atau diwariskan, maupun yang terkait dengan gaya hidup yang kurang sehat. Mengingat potensi ancaman yang ditimbulkan oleh diabetes, sangat penting bagi kita untuk berhati-hati.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi secara umum dapat diartikan sebagai kondisi di mana tekanan darah sistolik melebihi 140 mmHg dan tekanan diastolik melebihi 90 mmHg (Palmer, 2005 dalam ((Alfeus, 2019). Hipertensi, atau yang lebih dikenal sebagai tekanan darah tinggi, merupakan kondisi di mana tekanan darah dalam pembuluh arteri meningkat secara abnormal dan berlangsung terus-menerus dalam jangka waktu tertentu (Markang et al., 2024).

Berdasarkan kriteria yang ditetapkan oleh WHO, tekanan darah normal dibatasi pada angka 140/90 mmHg. Sementara itu, tekanan darah yang mencapai atau melebihi 160/95 mmHg dikategorikan sebagai hipertensi (Markang et al., 2024). Menurut Kementerian Kesehatan RI (2013), usia memiliki pengaruh signifikan terhadap kemungkinan terjadinya hipertensi. Seiring bertambahnya usia, risiko seseorang untuk mengalami tekanan darah tinggi juga meningkat. Di abad ke-21, pertumbuhan jumlah penduduk lanjut usia menjadi tantangan tersendiri dalam sektor kesehatan, di mana muncul berbagai masalah degeneratif, salah satunya adalah hipertensi (Aulya & Dahlan, 2024).

2. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi menurut (Palmer, 2005 dalam (Alfeus, 2019) terdiri dari dua jenis.:

- a. Hipertensi esensial (primer), yang merupakan tipe paling umum dan mencakup sekitar 95% kasus. Penyebabnya belum sepenuhnya dipahami, tapi biasanya terkait dengan gaya hidup, seperti kurangnya aktivitas fisik dan pola makan tidak sehat.
- b. Hipertensi sekunder, yang lebih jarang dan hanya terjadi pada sekitar 5% kasus. Tipe ini disebabkan oleh kondisi medis tertentu, seperti penyakit ginjal, atau reaksi terhadap obat-obatan tertentu, misalnya pil KB.

Menurut (Smeltzer 2001 dalam (Alfeus, 2019), hipertensi pada usia lanjut dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Hipertensi, yang ditandai dengan tekanan sistolik yang sama dengan atau lebih besar dari 140 mmHg, dan/atau tekanan diastolik yang sama dengan atau lebih besar dari 90 mmHg.
- b. Hipertensi sistolik terisolasi, yaitu kondisi di mana tekanan sistolik melebihi 160 mmHg, sementara tekanan diastolik tetap di bawah 90 mmHg.

Klasifikasi hipertensi menurut JNC-VII sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Distolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi <i>Stage 1</i>	140-159	90-99
Hipertensi <i>Stage 2</i>	≥160	≥100

Sumber: (Ardiana, 2022)

3. Etiologi

Hipertensi dapat dibedakan menjadi dua golongan berdasarkan penyebabnya:

- a. Hipertensi primer (esensial) merupakan tekanan darah sistemik yang naik secara persisten yang dimana jenis hipertensi primer ini penyebabnya belum dapat diidentifikasi (Y. W. Nugroho & Paningrum, 2024). Sekitar 95% penderita hipertensi mengalami kondisi ini. Dengan demikian, penelitian dan pengobatan lebih difokuskan pada penderita hipertensi esensial. Beberapa faktor yang dapat memengaruhi terjadinya hipertensi primer adalah sebagai berikut:

- 1) Faktor keturunan

Data statistik menunjukkan bahwa seseorang memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk mengidap hipertensi jika orang tuanya juga menderita kondisi yang sama.

2) Ciri perseorangan

Ciri-ciri individu yang mempengaruhi perkembangan hipertensi meliputi faktor usia, di mana seiring bertambahnya umur, tekanan darah cenderung meningkat. Selain itu, jenis kelamin juga berperan, di mana pria umumnya memiliki tekanan darah yang lebih tinggi dibandingkan wanita.

3) Kebiasaan Hidup

Kebiasaan hidup yang sering kali berkontribusi pada munculnya hipertensi meliputi konsumsi garam yang berlebihan, kelebihan berat badan atau pola makan yang tidak sehat, stres, merokok, minum alkohol, serta penggunaan obat-obatan tertentu seperti efedrin, prednisone, dan epinefrin (Soumokil et al., 2023).

- b. Hipertensi Sekunder merupakan peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid (Y. W. Nugroho & Paningrum, 2024). Hipertensi Sekunder muncul akibat faktor-faktor tertentu, seperti hipertensi vaskular renal yang disebabkan oleh stenosis arteri renalis. Kondisi ini dapat terjadi karena faktor bawaan atau aterosklerosis. Stenosis arteri renalis mengurangi aliran darah ke ginjal, yang pada gilirannya memicu aktivasi baroreseptor ginjal dan merangsang pelepasan renin serta pembentukan angiotensin II. Angiotensin II memiliki peran penting dalam meningkatkan tekanan darah secara langsung dan juga merangsang sintesis aldosteron serta reabsorpsi natrium. Jika stenosis ini berhasil diatasi atau ginjal yang bermasalah diangkat, tekanan darah dapat kembali normal (Soumokil et al., 2023)

Hipertensi sekunder juga dapat disebabkan oleh ferokromositoma, tumor di kelenjar adrenal yang membuat epinefrin, meningkatkan denyut jantung dan volume sekuncup.

Penyakit Cushing juga berperan dengan meningkatkan volume sekuncup lewat retensi garam dan meningkatkan cardiac output karena hipersensitivitas sistem saraf simpatis. Selain itu, aldosteronisme primer, yang ditandai dengan tingginya kadar aldosteron tanpa penyebab jelas, juga berkontribusi pada hipertensi. Hipertensi yang muncul akibat penggunaan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai bentuk hipertensi sekunder (Soumokil et al., 2023).

4. Patofisiologis

Hipertensi merupakan kondisi yang dipengaruhi oleh tekanan darah. Tekanan darah sendiri dipengaruhi oleh volume darah serta resistensi perifer. Oleh karena itu, jika terjadi peningkatan yang tidak normal pada salah satu variabel tersebut, hal ini dapat berakibat pada tingginya tekanan darah.

Hipertensi esensial merupakan kondisi yang dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor genetik dan lingkungan, yang dihubungkan melalui mediator neurohormonal. Secara umum, hipertensi terjadi akibat peningkatan tahanan pembuluh darah perifer dan/atau peningkatan volume darah. Faktor genetik yang berkontribusi terhadap hipertensi primer diperkirakan mencakup 30% hingga 40% dari kasus hipertensi yang ada. Beberapa gen yang berperan dalam kondisi ini antara lain reseptor angiotensin II, gen angiotensin dan renin, serta gen yang memproduksi oksida nitrat endotelial. Selain itu, terdapat pula gen yang berhubungan dengan protein reseptor kinase G, reseptor adrenergik, transportasi kalsium, serta natrium hidrogen antiporter, yang mempengaruhi sensitivitas terhadap garam. Selain itu, gen yang terkait dengan resistensi insulin, obesitas, hiperlipidemia, dan kondisi hipertensi juga termasuk dalam kelompok faktor bawaan yang perlu diperhatikan (Alfeus, 2019).

Beberapa teori dapat menjelaskan peningkatan tahanan perifer yang disebabkan oleh peningkatan vasokonstriktor seperti sistem saraf

simpatis (SNS) dan sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAA), serta pengurangan vasodilator seperti atrial natriuretic factor (ANF), adrenomedulin, urodilatin, dan oksida nitrat. Selain itu, perubahan ini mungkin memediasi apa yang dikenal sebagai hubungan tekanan-natriuresis, yang menunjukkan bahwa individu dengan hipertensi cenderung mengalami pengurangan ekskresi natrium oleh ginjal ketika tekanan darah meningkat (Alfeus, 2019).

Pemahaman tentang patofisiologi sangat mendukung penerapan intervensi modern dalam pengelolaan hipertensi. Ini mencakup langkah-langkah seperti pembatasan asupan garam, kehilangan berat badan, pengendalian diabetes, serta penggunaan berbagai jenis obat, termasuk penghambat sistem saraf simpatik (SNS), penghambat sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAA), vasodilator nonspesifik, diuretik, dan obat-obatan eksperimental baru yang berfokus pada pengaturan atrial natriuretic factor (ANF) dan endotelin (Alfeus, 2019).

5. Manifestasi Klinis

Hipertensi sering disebut sebagai "*silent killer*" karena penderita biasanya tidak menyadari, mengingat penyakit ini tidak selalu menunjukkan gejala yang nyata. Meskipun demikian, ada beberapa gejala yang patut diwaspadai, seperti pusing, mimisan, detak jantung yang tidak teratur, pandangan kabur, dan telinga berdengung. Jika tidak dikontrol, hipertensi dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih serius dan mencapai stadium lanjut, yang berisiko menyebabkan nyeri dada, serangan jantung, stroke, bahkan kematian (Soares et al., 2023).

Manifestasi klinis pada pasien hipertensi dapat meliputi nyeri kepala, yang seringkali disertai dengan mual dan muntah akibat peningkatan tekanan intrakranial. Selain itu, penglihatan kabur juga dapat terjadi, disebabkan oleh kerusakan pada retina akibat tingginya tekanan darah. Gejala lain yang sering muncul antara lain ketidakstabilan saat berjalan akibat kerusakan pada sistem saraf pusat, nokturia yang disebabkan oleh peningkatan aliran darah ke ginjal serta filtrasi glomerulus, edema yang

bergantung pada posisi tubuh, dan pembengkakan akibat meningkatnya tekanan kapiler (Soares et al., 2023).

Menurut (Yogi 2019 dalam ((Soares et al., 2023) diantara gejala yang paling umum dan sering dirasakan oleh pasien hipertensi adalah kemerahan pada wajah, pusing, mimisan, sakit kepala, dan rasa pegal di tengkuk. Sedangkan menurut (Unger et al. 2020 dalam (Soares et al., 2023), gejala umum yang sering ditemukan meliputi nyeri dada, sesak napas, jantung berdebar, klaudikasio, edema perifer, sakit kepala, penglihatan kabur, nokturia, hematuria, dan pusing. Selain itu, beberapa gejala lain yang bisa terjadi adalah kelemahan otot atau tetani, kram, dan aritmia akibat hipokalemia atau aldosteronisme primer. Edema paru yang diakibatkan oleh stenosis arteri ginjal juga perlu diperhatikan, bersama dengan berkeringat, jantung berdebar, serta sakit kepala yang sering terjadi yang dapat menjadi indikasi pheochromocytoma. Gejala mendengkur dan mengantuk di siang hari dapat menunjukkan adanya *obstructive sleep apnea*, sedangkan gejala lainnya bisa menjadi sugestif untuk penyakit tiroid.

6. Komplikasi

Menurut (Triyanto 2019 dalam La Jumu et al., 2024) komplikasi hipertensi dapat menyebabkan:

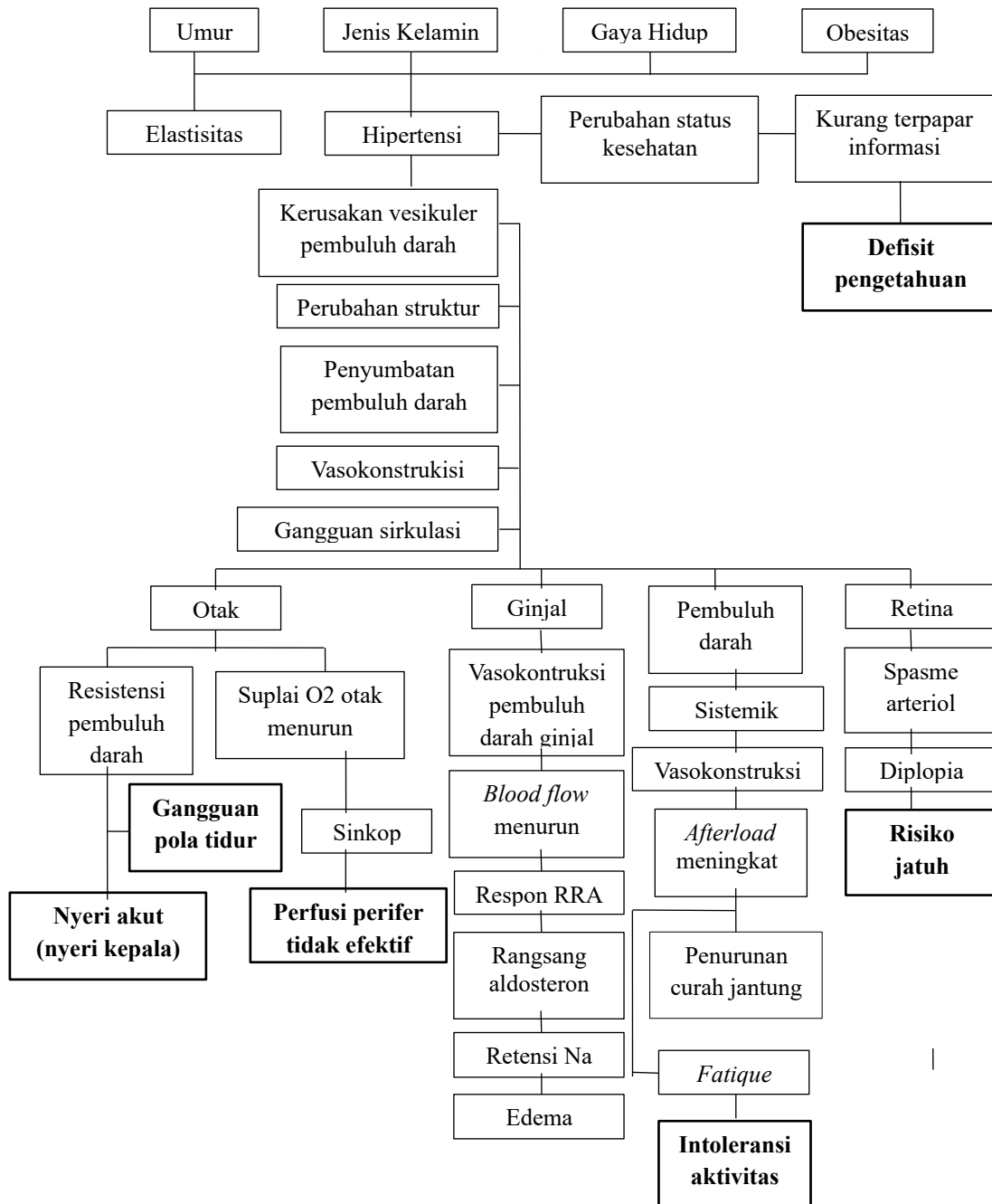
- a. Stroke bisa terjadi akibat perdarahan yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi di otak, atau karena embolus yang terlepas dari pembuluh darah di luar otak yang juga terpapar tekanan tinggi. Pada kondisi hipertensi kronis, arteri yang menyuplai darah ke otak sering mengalami hipertropi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area yang diperdarahi berkurang. Selain itu, arteri-arteri di otak yang mengalami aterosklerosis bisa menjadi lemah, meningkatkan risiko pembentukan aneurisma. Beberapa indikasi terkena stroke antara lain adalah sakit kepala mendadak, kebingungan atau perilaku yang menyerupai orang mabuk, kelemahan atau kesulitan bergerak pada

salah satu bagian tubuh (seperti wajah, mulut, atau lengan yang terasa kaku), serta hilangnya kesadaran yang terjadi secara tiba-tiba.

- b. Infark miokard dapat terjadi ketika arteri koroner yang mengalami arterosklerosis tidak mampu menyuplai oksigen yang cukup ke miokardium, atau ketika trombus terbentuk dan menghambat aliran darah dalam pembuluh darah tersebut. Dalam kondisi seperti hipertensi kronis dan hipertensi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak terpenuhi, yang berpotensi menyebabkan iskemia jantung dan akhirnya berujung pada infark. Selain itu, komplikasi lain seperti hipertropi ventrikel dapat menyebabkan perubahan dalam waktu hantaran listrik di ventrikel, yang berisiko menimbulkan aritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan kemungkinan terbentuknya bekuan darah.
- c. Gagal ginjal dapat terjadi akibat kerusakan progresif yang disebabkan oleh tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, khususnya di glomerulus. Ketika glomerulus mengalami kerusakan, aliran darah ke unit-unit fungsional ginjal terhambat, yang pada gilirannya dapat mengganggu fungsi nefron dan berpotensi menyebabkan hipoksia serta kematian sel. Selain itu, kerusakan pada membran glomerulus dapat mengakibatkan keluarnya protein melalui urin, yang mengurangi tekanan osmotik koloid plasma. Hal ini sering kali menimbulkan edema, yang umum dijumpai pada kondisi hipertensi kronis.
- d. Ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembali dengan cepat dapat menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru, kaki, dan jaringan lainnya, yang sering disebut sebagai edema. Penumpukan cairan di dalam paru-paru dapat mengakibatkan sesak napas, sementara cairan yang terakumulasi di tungkai dapat menyebabkan pembengkakan pada kaki, yang juga dikenal sebagai edema.

- e. Ensefalopati sering kali terjadi pada kasus hipertensi maligna, yaitu hipertensi yang berkembang dengan cepat. Pada kondisi ini, tekanan darah yang tinggi menyebabkan peningkatan tekanan di kapiler, yang mendorong cairan masuk ke dalam ruang interstitial di seluruh sistem saraf pusat. Alhasil, neuron-neuron di sekitarnya mengalami kolaps, yang dapat mengakibatkan koma (Jumu et al., 2024).

7. Pathway



Sumber: (Widiyono et al., 2022)

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu penanganan farmakologi dan nonfarmakologi.

- a. Pada penanganan farmakologi, langkah awal dilakukan dengan memberikan obat penurun tekanan darah tinggi (antihipertensi) dalam dosis rendah. Setelah itu, dosis dapat ditingkatkan sesuai kebutuhan. Beberapa obat yang umum digunakan untuk mengatasi hipertensi meliputi diuretic, beta-blocker, ACE-I, *Angiotensin Receptor Blockers* (ARBs), *Direct Renin Inhibitors* (DRI), *Calcium Channel Blockers* (CCBs), serta *alpha-blockers* (*bloker alfa*) (Soares et al., 2023).
- b. Terapi non-farmakologis yang biasanya diterapkan meliputi pembatasan asupan garam, diet khusus untuk penderita hipertensi, penurunan berat badan, olahraga secara teratur, serta berhenti merokok. Selain itu, kombinasi terapi hipertensi dengan pendekatan holistik juga sering dilakukan, yang mencakup *Swedish massage*, senam *aerobic low impact*, terapi relaksasi, latihan relaksasi otot progresif, yoga, aromaterapi, serta peningkatan *self-efficacy* dan berbagai metode lainnya (Soares et al., 2023).

Selain itu terapi non-farmakologis dapat berupa modifikasi gaya hidup dengan melakukan aktivitas fisik secara teratur dan menghindari stres, mengurangi konsumsi alkohol, mengatur pola makan dengan asupan buah-buahan, sayuran segar, susu rendah lemak, tinggi protein (daging unggas, ikan, dan kacang-kacangan), rendahnya asupan nutrisi, serta dapat berupa terapi pernapasan dalam (*slow deep breathing*) dan terapi relaksasi genggaman jari (Iqbal & Handayani, 2022).

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang awal ini digunakan untuk melakukan penapisan faktor risiko kardiovaskular, penyebab sekunder dari hipertensi, target organ damage (TOD) dan target organ complication (TOC) yaitu dengan:

- a. Urinalisis menggunakan dipstick untuk mendeteksi albuminuria/mikroalbuminuria dan hematuria mikroskopis.
- b. Pengujian fungsi ginjal, termasuk pengukuran kreatinin, eGFR, dan serum elektrolit.
- c. Pengukuran kadar gula darah.
- d. Analisis profil lipid, yang mencakup kolesterol total, kolesterol HDL, kolesterol LDL, dan trigliserida.
- e. Pelaksanaan elektrokardiografi (EKG) dan foto rontgen torak (Ardiana, 2022).

C. Konsep Dasar Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)*, nyeri dapat dipahami sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang berpotensi menyebabkan kerusakan tersebut. Fenomena ini mencakup respons fisik, mental, dan emosional dari individu. Nyeri itu sendiri adalah suatu ketidaknyamanan yang timbul akibat kerusakan jaringan di area tertentu (Ningtyas et al., 2023).

Secara umum, nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan, baik secara sensoris maupun emosional, dan berhubungan dengan kerusakan jaringan yang sudah terjadi atau yang berpotensi terjadi, serta menggambarkan kondisi saat itu. Nyeri adalah pengalaman sensorik yang kompleks, bisa bervariasi dalam intensitas dari ringan hingga berat. Rasanya bisa bervariasi, mulai dari tumpul, terbakar, hingga tajam. Nyeri juga dapat menyebar secara dangkal,

dalam, atau bersifat lokal, dengan durasi yang berbeda-beda—dari sementara hingga persisten—bergantung pada penyebabnya (Ningtyas et al., 2023).

2. Etiologi

Penyebab nyeri dapat dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu yang terkait dengan aspek fisik dan yang berkaitan dengan aspek psikis. Dari segi fisik, nyeri dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti trauma (yang mencakup trauma mekanik, termis, kimiawi, dan elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan hal-hal lain. Sementara itu, dari segi psikis, nyeri bisa muncul akibat trauma psikologis (Ningtyas et al., 2023).

a. Trauma Mekanik

Trauma mekanik menyebabkan rasa nyeri ketika ujung-ujung saraf mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan, atau luka. Di sisi lain, trauma termis mengakibatkan nyeri ketika ujung saraf reseptor terstimulasi oleh suhu panas atau dingin. Trauma kimiawi terjadi ketika kulit bersentuhan dengan zat asam atau basa yang kuat. Adapun trauma elektrik dapat menimbulkan nyeri karena adanya pengaruh aliran listrik yang kuat pada reseptor rasa nyeri (Ningtyas et al., 2023).

b. Neoplasma

Nyeri yang disebabkan oleh neoplasma biasanya muncul akibat tekanan atau kerusakan pada jaringan yang mengandung reseptor nyeri, serta karena adanya tarikan, jepitan, atau proses metastasis. Selain itu, nyeri yang berkaitan dengan peradangan terjadi karena kerusakan pada ujung-ujung saraf reseptor akibat peradangan atau terjepit oleh pembengkakan (Ningtyas et al., 2023).

c. Faktor Psikologis

Nyeri yang bersumber dari faktor psikologis bukan disebabkan oleh kelainan organik, melainkan lebih kepada dampak

dari trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap kondisi fisik seseorang (Ningtyas et al., 2023).

3. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kategori, seperti durasi, mekanisme patofisiologi, dan lokasi. Memahami berbagai jenis nyeri sangat penting untuk membantu proses diagnosis dan pemilihan strategi manajemen yang tepat (Anwar et al., 2025).

a. Berdasarkan Durasi

- 1) Nyeri Akut: Nyeri ini muncul secara mendadak dan sering kali terkait dengan trauma atau penyakit yang berlangsung singkat. Umumnya, nyeri akut berlangsung selama beberapa jam hingga beberapa minggu dan akan menghilang setelah penyebabnya diatasi (Anwar et al., 2025).
- 2) Nyeri Kronis: Berbeda dengan nyeri akut, nyeri ini berlangsung lebih dari 3 hingga 6 bulan dan sering kali tidak memiliki hubungan langsung dengan penyebab awalnya. Nyeri kronis bisa menjadi penyakit tersendiri dan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien secara signifikan. Contohnya termasuk nyeri punggung bawah kronis dan nyeri neuropatik yang disebabkan oleh diabetes (Anwar et al., 2025).

b. Berdasarkan Mekanisme Patofisiologis

Nyeri nosiseptif terjadi akibat stimulasi nosiseptor (reseptor nyeri) yang disebabkan oleh kerusakan pada jaringan. Terdapat dua jenis nyeri nosiseptif:

- 1) Somatik: Nyeri ini berasal dari kulit, otot, tulang, atau jaringan lunak, dan biasanya terasa tajam serta terlokalisasi.
- 2) Viseral: Berasal dari organ dalam, nyeri ini cenderung bersifat tumpul atau berdenyut, serta sulit untuk dilokalisasi. Contoh yang umum adalah nyeri kolik yang diakibatkan oleh batu ginjal (Anwar et al., 2025).

Selain itu, ada nyeri neuropatik yang timbul akibat kerusakan atau disfungsi pada sistem saraf, baik di bagian perifer maupun pusat. Nyeri jenis ini sering kali disampaikan sebagai sensasi terbakar, kesemutan, atau seperti tersengat listrik. Contohnya termasuk neuropati diabetik dan neuralgia postherpetik. Nyeri psikogenik, di sisi lain, tidak memiliki dasar fisiologis atau anatomi yang jelas, tetapi sangat dipengaruhi oleh faktor psikologis seperti stres, kecemasan, atau depresi. Sebagai contoh, nyeri fungsional sering ditemukan pada gangguan somatoform (Anwar et al., 2025).

Akhirnya, kita juga mengenal nyeri campuran yang merupakan kombinasi antara nyeri nosiseptif dan neuropatik. Contoh dari nyeri campuran ini dapat terlihat pada pasien kanker atau nyeri yang persisten setelah operasi (Anwar et al., 2025).

c. Berdasarkan Lokasi

- 1) Nyeri Lokal: Ini adalah nyeri yang terfokus pada area tertentu dalam tubuh. Contohnya termasuk nyeri yang disebabkan oleh abses atau cedera pada jaringan lunak.
- 2) Nyeri Referal (Referred Pain): Jenis nyeri ini dirasakan di bagian tubuh lain, yang tidak sama dengan lokasi asalnya. Sebagai contoh, nyeri di bahu yang muncul akibat gangguan pada kantung empedu.
- 3) Nyeri Radikular: Nyeri ini menyebar mengikuti jalur saraf, biasanya disebabkan oleh iritasi atau kompresi. Contohnya adalah nyeri skiatik yang muncul akibat herniasi diskus (Anwar et al., 2025).

d. Berdasarkan Pola Nyeri

- 1) Nyeri Episodik: Ini adalah jenis nyeri yang muncul secara berkala atau intermiten. Misalnya, migrain dan nyeri haid (dismenore).
- 2) Nyeri Berlanjut: Jenis nyeri ini dirasakan secara terus-menerus tanpa adanya jeda yang berarti. Salah satu contohnya adalah

nyeri yang disebabkan oleh metastasis kanker (Anwar et al., 2025).

4. Mekanisme Nyeri

Mekanisme nyeri adalah sebuah proses neurofisiologis yang kompleks dan dikenal dengan istilah nosiseptif. Proses ini dimulai dari adanya stimulus di bagian perifer hingga dirasakannya nyeri oleh sistem saraf pusat. Terdapat empat tahapan dalam mekanisme nyeri ini, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi (Nurhanifah & Sari, 2022).

- a. Transduksi merupakan proses di mana energi dari rangsangan noksius diubah menjadi aktivitas listrik. Stimulus noksius itu sendiri dapat berupa rangsangan fisik atau mekanik, kimia, dan termal. Rangsangan tersebut kemudian diubah menjadi sinyal listrik yang diterima oleh ujung-ujung saraf melalui reseptor sensori yang disebut nosiseptor.
- b. Transmisi adalah proses penghantaran sinyal neural dari lokasi transduksi di bagian perifer menuju medula spinalis dan otak.
- c. Modulasi, yaitu proses yang memberikan efek penghambatan pada jalur desenden, yang berfungsi mempengaruhi aliran sinyal nosiseptif di berbagai tingkatan dalam medula spinalis. Proses ini bertujuan untuk mengubah gelombang periodik menjadi sinyal yang dapat membawa informasi yang lebih berarti.
- d. Persepsi adalah hasil akhir dari interaksi kompleks antara proses transduksi, transmisi, dan modulasi, yang berlangsung ketika aktivasi sensorik mencapai area primer sensorik di korteks serebri. Di sini, beragam masukan dari bagian otak akan menghasilkan interpretasi subjektif yang kita kenal sebagai persepsi nyeri (Nurhanifah & Sari, 2022).

5. Pengukuran Nyeri

Menurut Joyce (2019 dalam Ningtyas et al., n.d.) pengukuran nyeri memiliki peranan penting dalam menentukan tingkat intensitas dan terapi yang efektif. Oleh karena itu, penilaian intensitas nyeri sebaiknya dilakukan sejak dini, dengan dukungan komunikasi yang baik antara tenaga medis dan pasien. Data yang dikumpulkan secara menyeluruh dapat dijadikan sebagai panduan dalam menetapkan manajemen nyeri yang tepat. Untuk itu, pengukuran intensitas nyeri dapat dilakukan dengan berbagai instrumen, dan dalam proses pemahaman pengukuran nyeri, perlu diperhatikan beberapa faktor yang memengaruhi, seperti usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan.

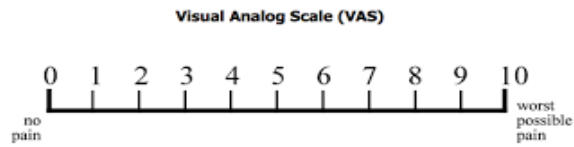
Menurut (Ningtyas et al., 2023) ada beberapa cara untuk membantu mengenali dampak nyeri melalui pengkajian skala nyeri akut. Pendekatan ini mencakup skala nyeri unidimensional.

a. Skala Nyeri Unidimensional

Skala nyeri unidimensional dirancang untuk mengukur intensitas nyeri secara langsung. Alat ini sangat cocok digunakan untuk nyeri akut dan sering kali diaplikasikan dalam evaluasi hasil terapi analgesik. Beberapa contoh skala nyeri unidimensional antara lain:

- 1) Skala analogi visual merupakan alat yang sangat berguna untuk mengukur intensitas nyeri. Skala ini berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm, di mana ujung kanan menggambarkan nyeri yang sangat berat. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis tersebut yang mencerminkan tingkat nyeri yang mereka rasakan. Ujung kiri garis biasanya menunjukkan "tidak ada" atau "tidak nyeri," sementara ujung kanan menandakan "berat" atau "nyeri yang paling parah." Proses penilaian dilakukan dengan meletakkan penggaris di sepanjang garis, kemudian mengukur jarak yang ditunjuk pasien dari titik "tidak ada nyeri" dan mencatatnya dalam sentimeter (Nurilla, 2021).

Gambar 2.1 Visual Analog Scale

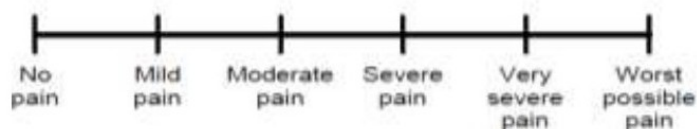


Sumber: (Nurilla, 2021)

2) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini menggunakan angka dari 0 hingga 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri yang dialami. Dua ujung ekstrem dari skala ini sama seperti yang terdapat pada *Visual Analog Scale (VAS)* atau skala reda nyeri. Skala numerik verbal ini cenderung lebih bermanfaat dalam periode pasca operasi, karena penggunaannya lebih mengandalkan kata-kata ketimbang koordinasi visual dan motorik. Dalam skala verbal ini, tingkat nyeri diungkapkan melalui kata-kata, bukan melalui garis atau angka. Misalnya, skala nyeri dapat mencakup kategori seperti tidak ada nyeri, sedang, atau parah. Untuk penilaian mengenai hilangnya nyeri, pasien dapat menyatakan sebagai "tidak sama sekali berkurang," "sedikit berkurang," "cukup berkurang," "baik," atau "nyeri hilang sama sekali." Namun, karena skala ini membatasi pilihan kata untuk pasien, ia tidak dapat membedakan berbagai jenis nyeri (Ningtyas et al., 2023).

Gambar 2.2 Verbal Rating Scale



Sumber: (Ningtyas et al., 2023)

3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

NRS adalah alat ukur yang sederhana dan mudah dipahami, serta sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. NRS terbukti lebih efektif dibandingkan Skala Visual Analog (VAS), terutama dalam menilai nyeri akut. Alat ini dapat digunakan untuk anak-anak berusia 5 tahun ke atas. Namun, ada beberapa kekurangan dari NRS, di antaranya adalah terbatasnya pilihan kata untuk menggambarkan tingkat rasa nyeri, yang mengakibatkan kesulitan dalam membedakan intensitas nyeri secara lebih tepat. Selain itu, dianggap terdapat jarak yang sama antara kata-kata yang menggambarkan efek analgesik. Nilai yang diperoleh dari NRS dapat digunakan untuk evaluasi nyeri, dan umumnya pengukuran kedua dilakukan tidak lebih dari 24 jam setelah pengukuran pertama. Skala NRS menggunakan rentang angka antara 0 hingga 10, di mana nilai dapat diungkapkan secara verbal maupun dengan menggunakan gambar. Klasifikasi nilai NRS terdiri dari: tidak ada nyeri (0), nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), dan nyeri hebat (7-10). Untuk menggunakan alat ukur ini, disarankan agar pasien menandai pada nomor yang sesuai dengan tingkat nyeri yang dirasakan; interpretasinya dapat dilihat pada lokasi tanda tersebut pada skala. Proses untuk mendapatkan nilai NRS ini dapat dilakukan dalam waktu kurang dari satu menit dan sangat mudah dilaksanakan.

Gambar 2.3 Numeric Rating Scale



Sumber: (Ningtyas et al., 2023)

4) *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*

Wong Baker Faces Pain Rating Scale adalah alat ukur yang digunakan untuk pasien dewasa dan anak-anak berusia di atas 3 tahun yang kesulitan dalam menggambarkan intensitas nyeri mereka dengan angka. Dalam kasus anak-anak, pengukuran nyeri biasanya dapat dilakukan mulai usia 4 tahun, meskipun ini juga bergantung pada kematangan kognitif dan emosional anak tersebut. Pada usia 4-5 tahun, anak-anak sudah mampu membedakan antara "lebih, kurang, atau sama," sehingga mereka dapat menggunakan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* apabila diinstruksikan dengan jelas. Skala ini relatif sederhana dan menawarkan beberapa pilihan (Zakiyah, 2015 dalam (Ningtyas et al., 2023)). Pengukuran nyeri ini memanfaatkan gambar wajah yang menggambarkan ekspresi saat merasakan nyeri. Cara penggunaannya adalah dengan meminta anak untuk memilih wajah yang paling sesuai dengan perasaan nyeri yang dialaminya. Selain itu, terdapat bentuk revisi dari skala nyeri ini yang menggambarkan rentang 0-10 dengan 6 wajah. Hal ini dilakukan agar konsisten dengan pengukuran VAS dan NRS. Nilai pada skala untuk ke-6 wajah tersebut adalah 0-2-4-6-8-10 (Pinzon, 2016 dalam (Ningtyas et al., 2023)).

Gambar 2.4 *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*



Sumber: (Ningtyas et al., 2023)

6. Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Ningtyas (2023), penanganan nyeri yang dapat dilakukan adalah dengan :

a. Penatalaksanaan farmakologi

Kolaborasi pemberian farmakologi atau berupa obat-obatan seperti *analgesic* dan NSAID nyeri berkurang dengan memblok transmisi stimuli agar terjadi perubahan persepsi dan dengan mengurangi respon *cortical*.

b. Penatalaksanaan non-farmakologi

Penanganan nyeri nonfarmakologi yang berupa:

- 1) Imaginasi terbimbing (*guided imagery*)
- 2) Relaksasi napas dalam
- 3) Hipnoterapi
- 4) Distraksi atau peralihan perhatian
- 5) Relaksasi progresif (meregangkan otot atau stretching)

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah awal dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data dengan tujuan mendapatkan informasi yang akurat dari klien. Dengan demikian, berbagai permasalahan yang dihadapi dapat diidentifikasi dengan baik (Hidayat, 2021).

a. Pengkajian Umum Gerontik

1) Identitas atau biodata

Untuk mengetahui identitas klien yang biasanya meliputi, nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, status perkawinan, pendidikan terakhir, pekerjaan sebelumnya, alamat sebelum masuk panti, tanggal masuk panti, alasan masuk panti, tanggal pengkajian, riwayat penyakit pasien, genogram, riwayat lingkungan hidup, riwayat rekreasi, status kesehatan saat ini, wisma, kamar dan nama penanggung jawab.

2) Riwayat masuk panti

Alasan masuk panti: menjelaskan cerita atau alasan bagaimana proses klien sampai berada dan bertempat tinggal panti.

3) Riwayat keluarga

Menggambarkan tentang silsilah keluarga (nenek, kakek, ibu, ayah, orang tua, saudara kandung, pasangan dan anak), biasanya digambarkan sampai tiga generasi.

4) Riwayat Pekerjaan

Menjelaskan tentang pekerjaan sebelum masuk wisma, pekerjaan saat ini dan sumber-sumber pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidup klien.

5) Riwayat Lingkungan Hidup

Menggambarkan lingkungan hidup klien seperti tipe tempat tinggal, jumlah kamar, jumlah orang yang tinggal dengan klien, nomor telepon, dan alamat.

6) Riwayat Rekreasi

Menjelaskan hobby klien, keaktifan dalam organisasi, dan pengisian waktu luang.

7) Sumber/Sistem Pendukung

Meliputi Perawat, klinik, farmasi, dan dokter.

8) Deskripsikan harian khusus kebiasaan ritual tidur

Biasanya menjelaskan kegiatan yang membuat klien nyaman yang dilakukan klien sebelum tidur.

9) Status kesehatan saat ini

Menjelaskan tentang status kesehatan satu tahun yang lalu, status kesehatan lima tahun yang lalu dan keluhan-keluhan yang dirasakan hingga saat ini serta mengetahui cara mengatasi keluhan tersebut.

a) Obat-obatan

Menjelaskan obat apa saja yang dikonsumsi klien, dosis, cara penggunaan, siapa yang meresepkan, dan tanggal pemberian resep.

b) Status imunisasi

Menjelaskan status imunisasi klien dari bayi hingga saat ini.

c) Nutrisi

Menjelaskan tentang jenis makanan yang dimakan, apakah adanya alergi makanan, makanan apa yang dianjurkan, makanan apa yang dilarang, dan jenis makanan yang harus dibatasi oleh klien, serta apakah terjadi peningkatan berat badan atau penurunan berat badan.

10) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah suatu proses memeriksa tubuh dan fungsinya dari ujung kepala hingga ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan adanya tanda-tanda dari suatu penyakit. Pemeriksaan fisik biasanya menggunakan teknik seperti inspeksi (melihat), auskultasi (mendengarkan), palpasi (meraba) dan perkusi (mengetuk).

a) Pada pemeriksaan kepala dan leher meliputi bentuk kepala, kulit kepala, tulang kepala, jenis rambut, warna rambut, pola penyebaran rambut, kelainan, struktur wajah, warna kulit.

b) Pemeriksaan pada mata meliputi kelengkapan dan kesimetrisan, kelopak mata/palpebral, kornea mata, konjungtiva dan sclera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan/visus, tekanan bola mata, dan kelainan yang ada pada mata.

c) Pemeriksaan pada hidung meliputi cuping hidung, lubang hidung, tulang hidung, dan septum nasi. Pada telinga

meliputi bentuk telinga, ukuran telinga, ketegangan telinga, lubang telinga, ketajaman.

- d) Pemeriksaan pada mulut dan faring meliputi keadaan bibir, keadaan gusi dan gigi, keadaan lidah, palatum atau langit-langit, dan orofaring.
- e) Pemeriksaan pada leher meliputi posisi trakea, tiroid, suara, kelenjar lympe, vena jugularis, dan denyut nadi karotis.
- f) Pemeriksaan pada payudara dan ketiak meliputi ukuran dan bentuk payudara, warna payudara dan aerola, axilla dan klavikula, serta kelainan-kelainan lainnya pada ketiak dan payudara.
- g) Pemeriksaan pada thoraks/dada/tulang belakang meliputi inspeksi (bentuk thoraks dan penggunaan otot bantu pernafasan), palpasi (vocal premitus), perkusi dada, dan auskultasi (suara nafas, suara ucapan dan suara nafas tambahan).
- h) Pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan jantung, perkusi batas jantung (basic jantung, pinggang jantung, apeks jantung). Auskultasi pada jantung (bunyi jantung 1, bunyi jantung 2, bunyi jantung tambahan, bising/murmur, dan frekuensi bunyi jantung).
- i) Pemeriksaan abdomen saat inspeksi meliputi bentuk abdomen, benjolan/massa, dan bayangan pembuluh darah. Saat auskultasi adalah mendengarkan bising atau pristaltik usus. Saat palpasi meliputi nyeri tekan, benjolan/massa, pembesaran hepar, lien dan titik McBurney. Saat perkusi meliputi suara abdomen dan pemeriksaan asites abdomen.
- j) Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya pada anus dan prineum meliputi pubis, meatus uretra, dan kelainan lainnya. Sedangkan pada anus dan perineum meliputi lubang anus, kelainan pada anus, dan keadaan perineum.

- k) Pemeriksaan muskuloskeletal meliputi kesimetrisan otot, pemeriksaan oedema, kekuatan otot, kelainan punggung, dan ekstremitas serta kuku.
- l) Pemeriksaan integumen meliputi kebersihan, kehangatan, tekstur, warna, turgor, kelembaban, dan kelainan pada kulit/lesi.
- m) Pemeriksaan neurologis meliputi tingkat kesadaran atau GCS dan tanda rangsangan otak atau meningeal sign. Kemudian pemeriksaan syaraf otak (INI-NXII), fungsi motoric, fungsi sensorik, dan reflex baik fisiologis maupun patologis.

11) Interaksi sosial

Kerusakan interaksi dengan keluarga atau orang lain, perubahan peran : isolasi.

12) Penyuluhan atau pembelajaran

- a) Riwayat Hipertensi pada keluarga.
- b) Penggunaan makanan sehat, vitamin, penyembuhan penyakit, tanpa pengujian.

13) Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

Kaji pengetahuan klien tentang penyakitnya, saat klien sakit kaji tindakan yang dilakukan klien untuk menunjang kesehatannya.

14) Pola persepsi diri

Pola persepsi diri perlu dikaji, meliputi: harga diri, ideal diri, identitas diri, gambaran diri.

15) Pola seksual dan reproduksi

Kaji manupouse, kaji aktivitas seksual.

16) Pola peran dan hubungan

Kaji status perkawinan, pekerjaan.

17) Fungsional klien

a) Indeks Katz

Pemeriksaan Indeks Katz berfokus pada penilaian aktivitas kehidupan sehari-hari yang meliputi mandi, memakai pakaian, pindah tempat, menggunakan toilet, dan makan. Penilaian ini didasarkan pada status aktual, bukan kemampuan potensial, dan seseorang dinyatakan mandiri apabila dapat melakukan aktivitas tersebut tanpa bantuan, arahan, atau pengawasan dari orang lain. Indeks Katz berfungsi untuk mengukur kemampuan fungsional lanjut usia dalam menjalani kehidupan sehari-hari secara mandiri, serta menjadi kerangka kerja penting dalam menilai sejauh mana lansia mampu hidup mandiri, mengidentifikasi adanya penurunan fungsi, dan menentukan fokus intervensi atau perbaikan yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia.

Tabel 2.3 Pengkajian Indeks Katz

Skor	INTERPRESTASI
A	Kemandirian dalam hal makan, minum, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, berpakaian, dan mandi.
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut.
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu 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 kecil, dan satu fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut.

(Kholifah, 2016)

Cara menghitung skor pengkajian status fungsional lansia dengan menggunakan index katz. Berikan tanda (√) pada point sesuai kondisi klien

- a) Skor A: kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, mandi, dan berpakaian.
 - b) Skor B: kemandirian dalam semua hal, kecuali satu dari fungsi tersebut.
 - c) Skor C: kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
 - d) Skor D: kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
 - e) Skor E: kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
 - f) Skor F: kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
- b) Pengkajian status kognitif

SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

Tabel 2.4 SPMSQ

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Tanggal berapa hari ini?		
2	Hari apa sekarang?		
3	Apa nama tempat ini?		
4	Dimana alamat anda?		
5	Berapa umur anda?		
6	Kapan anda lahir?		
7	Siapa presiden sekarang?		
8	Siapa nama presiden sebelumnya?		
9	Sialoa nama ibu anda?		
10	Kurangi 2 dari 20 dan tetapkan pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun		
	Total nilai		

(Kholifah, 2016)

Analisa hasil:

Skor salah 0-2 : fungsi intelektual utuh

Skor salah 3-4 : kerusakan intelektual ringan

Skor salah 5-7 : kerusakan intelektual sedang

Skor salah 8-10 : kerusakan intelektual berat

- c) MMSE (*Mini Mental State Exam*): menguji aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

Tabel 2.5 MMSE (*Mini Mental State Exam*)

No	Aspek kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar: Tahun :..... Musim :..... Tanggal :..... Hari :..... Bulan :.....
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada? Negara:..... Propinsi:..... Kabupaten/kota:..... Panti:..... Wisma:.....
3	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian tanyakan kepada klien, menjawab:
4	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban: 1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65
5	Mengingat	3		Meminta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke-3 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9		Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjuk benda tersebut). Minta klien untuk mengulangi kata berikut: (tidak ada, dan, jika, atau tetapi)

				<p>Klien menjawab : tidak ada, jika dan tetapi.</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil kertas di tangan 2. Lipat dua 3. Dan taruh dilantai <p>Perintah pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. "tutup mata anda")</p> <p>Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan menyalin gambar.</p>
	Total Nilai	30		

(Kholifah, 2016)

Interpretasi hasil :

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif berat

b. Pengkajian Khusus Hipertensi

Pengkajian khusus hipertensi menurut Hidayat (2021)

1) Aktivitas/ istirahat

- a) Gejala : kelemahan, lelah, nafas pendek, gaya hidup monoton.
- b) Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

2) Sirkulasi

- a) Gejala : riwayat Hipertensi , aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup dan penyakit serebrovaskuler, episode palpitasi.
- b) Tanda : peningkatan tekanan darah, nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, takikardia, murmur stenosis valvular, distensi, vena jugularis. Kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer), pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda.

3) Integritas ego

- a) Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).
 - b) Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan ledak, otot muka tegang, menghela nafas, peningkatan pola bicara.
- 4) Eliminasi
- a) Gejala : gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu.
- 5) Makanan/cairan
- a) Gejala : keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam, makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta koletrrol, mual, muntah, dan perubahan berat badan saat ini (meningkat/turun), riwayat penggunaan diuretic, gangguan penglihatan (diploopia, penglihatan kabur, epistaksis).
 - b) Tanda : status mental, perubahan keterjagaan orientasi, pola/isi biara, efek, proses pikir, berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glukosuria, neurosensorik, dan penurunan kekuatan genggam tangan.
- 6) Nyeri/ tidak nyaman
- a) Gejala : angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung), sakit kepala.
- 7) Pernapasan
- a) Gejala : Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, dispnea, batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.
 - b) Tanda : stress pernafasan/penggunaan otot aksesori pernafasan, bunyi nafas tambahan (crackles/mengi),

sianosis.

8) Keamanan

a) Gejala : gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural.

9) Pembelajaran/penyuluhan

a) Gejala : faktor risiko keluarga : Hipertensi , aterosklerosis, penyakit jantung, diabetes mellitus. Faktor lain, seperti orang afrika-amerika, asia tenggara, penggunaan pil KB atau hormone lain, penggunaan alkohol/obat.

10) Rencana pemulangan

Bantuan dengan pemantauan diri tekanan darah/perubahan dalam terapi.

2. Diagnosa Keperawatan

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) merupakan acuan penting yang digunakan sebagai pedoman dasar dalam menetapkan diagnosis keperawatan. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan bersifat aman, efektif, dan etis (Amir & Kaseger, 2023).

Terdapat beberapa masalah keperawatan yang umum dialami oleh lansia yang memiliki hipertensi. Masalah-masalah tersebut meliputi:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)
- c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- d. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
- e. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)

f. Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan (D.0143)

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.6 Perencanaan Keperawatan

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

1	<p>Nyeri akut (D.0077)</p> <p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... pertemuan maka diharapkan Tingkat Nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi (tertekan) menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perenium terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupuntur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi pereda nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi
---	--	--	---

			<p>meredakan nyeri</p> <p>16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
2	<p>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</p> <p>Gangguan PolaTidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p>	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... pertemuan maka diharapkan Pola Tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur membaik 2. Keluhan sering terjaga membaik 3. Keluhan tidak puas tidur membaik 4. Keluhan pola tidur berubah membaik 5. Keluhan istirahat tidak cukup membaik 6. Kemampuan beraktivitas menurun 	<p>Dukungan Tidur (I.09265)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 6. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> 7. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 8. Tetapkan jadwal tidur rutin 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengatur posisi, terapi akupresur) 10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

			<p>13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</p> <p>16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau nonfarmakologis lainnya</p>
3	<p>Intoleransi Aktivitas (D.0056)</p> <p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... pertemuan maka diharapkan Toleransi Aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4. Kecepatan berjalan meningkat 5. Jarak berjalan meningkat 6. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 7. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 8. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat 9. Keluhan lelah menurun 10. Dispnea saat beraktivitas menurun 11. Dispnea setelah beraktivitas menurun 12. Perasaan lemah 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi jika tanda dan gejala kelelahan tidak

		<p>menurun</p> <p>13. Aritmia saat aktivitas menurun</p> <p>14. Aritmia setelah aktivitas menurun</p> <p>15. Sianosis menurun</p> <p>16. Warna kulit membaik</p> <p>17. Tekanan darah membaik</p> <p>18. Frekuensi napas membaik</p> <p>19. EKG iskemia membaik</p>	<p>berkurang</p> <p>12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
4	<p>Defisit Pengetahuan (D.0111)</p> <p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p>	<p>Tingkat pengetahuan (L.12111)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... pertemuan maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
5	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)</p> <p>Perfusi Perifer</p>	<p>Perfusi perifer (L.02011)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan</p>	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi

	<p>Tidak Efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)</p>	<p>selama ...x... pertemuan maka diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik 	<p>perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 7. Lakukan pencegahan infeksi 8. Lakukan perawatan kaki dan kuku 9. Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan berhenti merokok 11. Anjurkan berolahraga rutin 12. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 13. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 14. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 15. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
--	--	--	---

			<p>16. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>17. Anjurkan program rehabilitasi vaskular</p> <p>18. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>19. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</p>
6	<p>Risiko Jatuh (D.0143)</p> <p>Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan</p>	<p>Tingkat jatuh (L.14138)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... pertemuan maka diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Orientasikan ruangan

			<p>pada pasien dan keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8. Pasang handrail tempat tidur 9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 10. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 11. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 17. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, sehingga pasien dapat mencapai status

kesehatan yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Suwignjo et al. , 2022). Kriteria untuk pengimplementasian tindakan keperawatan mencakup beberapa hal, seperti melibatkan klien dalam setiap langkah pelaksanaan tindakan, berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya, serta melakukan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan klien. Selain itu, memberikan edukasi kepada klien dan keluarganya mengenai keterampilan asuhan diri juga merupakan bagian penting dari proses ini (Bustan, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menunjukkan apakah tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau diperlukan pendekatan lain. Dokumentasi hasil evaluasi ini berfungsi sebagai catatan mengenai indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang ingin dicapai. Melalui evaluasi keperawatan, kita dapat menilai keefektifitasan perawatan yang telah diberikan serta mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah tindakan keperawatan dilakukan. Selain itu, evaluasi juga memberikan informasi yang penting untuk melakukan revisi perawatan sesuai dengan kondisi pasien setelah melalui tahap evaluasi (Bustan, 2023).

