

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN MASALAH
PERFUSI PERIFER TIDAK EFEKTIF PADA LANSIA HIPERTENSI
DI KECAMATAN PANYILEUKAN
KOTA BANDUNG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh

RIZAL ANDIKA WINAHYU

201FK01031



**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA**

2023

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi terjadi jika tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal.

Definisi Hipertensi adalah tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari suatu periode. Hal ini terjadi bila arteriole-arteriole konstriksi. Konstriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan arteri yang bila berlanjut dapat dan arteri yang bila berlanjut dapat menimbulkan kerusakan jantung dan pembuluh darah. Hipertensi juga didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik > 90 mmHg (Udjianti, 2013).

Dari dua pengertian diatas peneliti menyimpulkan tentang penyakit hipertensi merupakan gejala peningkatan tekanan darah yang kemudian berpengaruh pada organ yang lain, seperti stroke untuk otak atau penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan otot jantung. Penyakit ini

salah satu masalah utama dalam kesehatan masyarakat di Indonesia maupun dunia.

2.1.2. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respons peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer (Aspiani, 2015). Akan tetapi, ada beberapa faktor yang memengaruhi terjadinya hipertensi:

1. Genetik: respons neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi
2. Obesitas: terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
3. Stress karena lingkungan.
4. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

2.1.3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jarak saraf simpatis yang berlanjut ke bawah korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana

dengan dilepaskannya norepinefrine mengakibatkan konstriksi pembuluh darah.

Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat memengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi. Pada saat bersamaan ketika system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin.

Rennin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormone ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler (Aspiani, 2015). Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan hipertensi.

2.2.4. Tanda dan Gejala

Gejala Sering dikatakan bahwa gejala yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala hipertensi yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 1) Mengeluh sakit kepala, pusing | 5) Mual |
| 2) Lemas, kelelahan | 6) Muntah |
| 3) Sesak nafas | 7) Epitaksis |
| 4) Gelisah | 8) Kesadaran menurun |

Menurut Crowin (2000) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intracranial. Pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Gejala lain yang umumnya

terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain.

2.2.5. Komplikasi

1) Stroke

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahnya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami aterosklerosis dapat menjadi lemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Gejala terkena stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba, seperti orang bingung, limbung atau bertingkah laku seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa lemah atau sulit digerakan (misalnya wajah, mulut, atau lengan terasa kaku, tidak dapat berbicara secara jelas) serta tidak sadarkan diri secara mendadak.

2) Infark miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner yang arteroklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut.

3) Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya membrane glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga

tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

4) Gagal jantung

Tekanan darah yang terlalu tinggi memaksa otot jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah yang menyebabkan pembesaran otot jantung kiri sehingga jantung mengalami gagal fungsi. Pembesaran pada otot jantung kiri disebabkan kerja keras jantung untuk memompa darah.

5) Kerusakan pada Mata

Tekanan darah yang terlalu tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan saraf pada mata.

2.2.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Nur arif dan kusuma, 2015)

Pemeriksaan yang sering dilakukan pada pasien Hipertensi yaitu:

a. Pemeriksaan Laboratorium

1. Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilitas, anemia.
2. BUN /kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
3. Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
4. Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.

b. CT scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, ensefalopati

- c. EKG : dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
- d. IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : Batu ginjal, perbaikan ginjal.
- e. Photo dada : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.2.7. Penatalaksanaan

Menurut Triyatno (2014) penanganan hipertensi dibagi menjadi dua yaitu secara nonfarmakologis dan farmakologi.

- a. Terapi non farmakologi merupakan terapi tanpa menggunakan obat, terapi non farmakologi diantaranya memodifikasi gaya hidup dimana termasuk pengelolaan stress dan kecemasan merupakan langkah awal yang harus dilakukan. Penanganan non farmakologis yaitu menciptakan keadaan rileks, mengurangi stress dan menurunkan kecemasan. Terapi non farmakologi diberikan untuk semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor resiko serta penyakit lainnya.
- b. penanganan hipertensi dengan teknik nonfarmakologi diantaranya dapat diberikan terapi relaksasi benson. hal ini diperkuat oleh penelitian (Abdul Rokhman, 2021) bahwa terapi relaksasi benson efektif dalam menurunkan kecemasan.
- b. Terapi farmakologi
 Terapi farmakologi yaitu yang menggunakan senyawa obat-obatan yang

dalam kerjanya dalam mempengaruhi tekanan darah pada pasien hipertensi seperti angiotensin receptor blocker (ARBs), beta blocker, calcium channel dan lainnya. Penanganan hipertensi dan lamanya pengobatan dianggap kompleks karena tekanan darah cenderung tidak stabil.

2.2 Konsep asuhan keperawatan lansia dengan perfusi perifer

2.2.1. Pengkajian

1. pengumpulan data

a. Identitas

Nama, umur, agama, jenis kelamin, tanggal masuk dan penanggung jawab.

b. Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami sakit yang sangat berat.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Beberapa hal yang harus diungkapkan pada setiap gejala yaitu sakit

kepala, kelelahan, pundak terasa berat.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga pernah mengalami penyakit yang sama.

d. Aktivitas / istirahat

Gejala: kelelahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.

Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, dan takipnea.

e. Sirkulasi

1. Gejala: riwayat penyakit, aterosklerosis, penyakit jantung koroner, dan penyakit serebrovaskuler. Dijumpai pula episode palpitasi.

2. Tanda : Kenaikan TD (pengukuran serial dari tekanan darah) diperlukan untuk menegakkan diagnosis. Hipertensi postural mungkin berhubungan dengan regimen obat.

f. Integritas Ego

1. Gejala : riwayat kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan)

2. Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan continue perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara.

g. Eliminasi

Gejala : adanya gangguan ginjal saat ini atau (seperti obstruksi atau riwayat penyakit ginjal pada masa lalu.

h. Makanan/cairan

Gejala : makanan yang disukai dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol (seperti makanan yang di goreng, keju,telur). gula-gula yang berwarna hitam, dan kandungan tinggi kalori, mual,muntah dan perubahan BB meningkat / turun, riwayat penggunaan obat diuretic.

i. Neurosensori

Gejala : keluhan pusing, berdenyut, sakit kepala suboksipita (terjadinya saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam, gangguan penglihatan (diplobia, penglihatan kabur, epistakis).

j. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : Angina (penyakit arteri koroner / keterlibatan jantung), sakit kepala oksipital berat, seperti yang pernah terjadi sebelumnya.

k. Pernapasan

1. Gejala: dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja. Takipnea, orthopnea, dispnea, batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.
2. Tanda : distress respirasi atau penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi nafas tambahan (krakles / mengi), sianosis

i. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi / cara berjalan, hipotensi postural.

2. Pola fungsi kesehatan

1. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan, dan penanganan kesehatan

2. Pola nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan, dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesehatan.

3. Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi, dan penggunaan kateter.

4. Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energy,

jumlah tidur pada siang dan malam, masalah tidur, dan insomnia.

5. Pola aktivitas dan istirahat

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi. Riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama, dan kedalaman pernafasan

Pengkajian fungsional klien

a. Katz indeks

Katz Indeks merupakan sebuah alat ukur bagi perawat untuk dapat melihat status fungsi pada klien usia lanjut dengan mengukur kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari. dapat juga untuk meramalkan prognosis dari berbagai macam penyakit pada lansia. Adapun aktivitas yang dinilai menurut (Ritonga, 2018) dengan penilaian sebagai berikut:

1. Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya
Bergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.
2. Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing/mengikat pakaian. Bergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.

3. Toileting Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitaliasendiriBergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot.
4. Berpindah (Transferring) Mandiri : Berpindah dari tempat tidur, bangkit dari kursi sendiriBergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidakmelakukan sesuatu atau perpindahan.
5. Makanan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiriBergantung : bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya,tidak makan sama sekali dan makan parenteral atau melalui Naso GastrointestinalTube (NGT).

Kontinen (continence) Mandiri : BAB dan BAK seluruhnya dikontrol sendiri.Bergantung : Inkontinesia persial atau total yaitu menggunakan kateter dan pispot,enema dan pembalut/pampers

b. Barthel indeks

Barthel indeks merupakan suatu alat ukur pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas lansia dalam kehidupan sehari-hari secara mandiri.

c. Pengkajian status mental lansia

Pengkajian Status Mental Lansia dilihat dari pertanyaan perawat ke lansia, Seperti menanyakan Tanggal, Tempat dan Umur. Untuk pertanyaan yang lain seperti nama presiden dan nama pahlawan Indonesia. Ketika pertanyaan yang ditujukan benar 10 maka lansia tersebut mental daya ingetnya berfungsi

Intelektual utuh dan ketika lansia menjawab salah maka status mental nya ada kerusakan Intelektual berat. Contoh hasil lansia yang menjawab dengan benar atau salahnya:

Interpretasi hasil:

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

d. Pengkajian keseimbangan untuk lansia

Keseimbangan tubuh pada lansia dapat ditingkatkan dengan melakukan latihan keseimbangan fisik secara teratur untuk meningkatkan kekuatan otot ekstermitas bawah, daya tahan dan kelenturan sendi sehingga secara tidak langsung dapat mencegah terjadinya jatuh.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (PPNI, 2016). Menurut Tim pokja SDKI PPNI DPP (2017)

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)
2. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
4. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0011)
5. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan (D.0143)

2.2.3. Perencanaan

Perencanaan adalah acuan tertulis yang terdiri dari berbagai intervensi keperawatan yang direncanakan dapat mengatasi diagnosa keperawatan sehingga klien dapat terpenuhi kebutuhan dasarnya. Perencanaan yang akan dilakukan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Tabel Perencanaan pada Pasien Ansietas.

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)	Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat Kriteria hasil : Perfusi perifer 1) Nadi perifer teraba kuat 2) Akral teraba hangat 3) Warna kulit tidak pucat.	Rencana tindakan : Pemantauan tanda vital 1) Memonitor tekanan darah 2) Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3) Memonitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4) Memonitor suhu tubuh 5) Memonitor oksimetri nadi 6) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital 7) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 8) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

2	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun Kriteria hasil: 1. Konsentrasi 2. Perilaku gelisah 3. Verbalisasi kebingungan 4. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapinya 5. Perilaku tegang	Rencana tindakan: reduksi ansietas 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda cemas 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk 4. Menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 9. Latih Teknik relaksasi
3	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat Kriteria hasil : toleransi aktivitas 1) Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari 2) Pasien mampu berpindah tanpa bantuan 3) pasien mengatakan keluhan lemah berkurang	Rencana tindakan : (Manajemen energi) 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional 2) Monitor pola dan jam tidur 3) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 4) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan 5) Anjurkan tirah baring 6) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 7) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
4	Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D.0011)	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat Kriteria hasil : curah jantung	Rencana tindakan : (Perawatan jantung) 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dispnea, kelelahan,

		1) Tanda vital dalam rentang normal 2) Nadi teraba kuat 3) Pasien tidak mengeluh lelah	edema, ortopnea, paroxymal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3) Monitor tekanan darah 4) Monitor intake dan output cairan 5) Monitor keluhan nyeri dada 6) Berikan diet jantung yang sesuai 7) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres
5	Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan (D.0143)	Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun Kriteria Hasil : Tingkat jatuh 1) Risiko jatuh dari tempat tidur menurun 2) Risiko jatuh saat berjalan menurun 3) Risiko jatuh saat berdiri Menurun	Rencana Tindakan : Pencegahan jatuh 1) Identifikasi factor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, deficit kognitif, hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap Shift. 3) Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Morse scale, humpty dumpty) 4) Pasang handrail tempat tidur 5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

2.2.4. Pelaksanaan

Implementasi keperawatan adalah suatu proses keperawatan yang mengikuti rumusan yang sudah ada di rencana keperawatan. Tahap implementasi mengacu pada pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah disusun. Implementasi mencakup pelaksanaan dari intervensi keperawatan yang ditunjukkan dalam mengatasi diagnosa keperawatan, masalah-masalah kolaboratif dan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Smeltzer & Bare, 2013).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

2.3 Konsep gangguan asuhan keperawatan perfusi perifer tidak efektif

2.3.1 Pengertian Perfusi Perifer Tidak Efektif

Perfusi perifer tidak efektif adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami atau berisiko mengalami suatu penurunan sirkulasi

darah yang dapat mengganggu kesehatan. (Herdman T.H dan Kamitsuru, S, 2018) Secara umum perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.4 Penatalaksanaan perfusi perifer tidak efektif

2.4.1 Terapi Rileksasi Benson

Salah satu penatalaksanaan non farmakologi yang termasuk dalam terapi rileksasi benson yaitu dengan melakukan teknik terapi rileksasi. Penanganan hipertensi dengan teknik nonfarmakologi diantaranya dapat diberikan terapi relaksasi benson. hal ini diperkuat oleh penelitian (Abdul Rokhman, 2021) bahwa terapi relaksasi benson efektif dalam menurunkan kecemasan.

Penanganan terapi rileksasi hasil penelitian menurut (Riyani H. Sahar, Azwar, Riskawati, Musdalipa, Kasmawati) tentang "Efektivitas relaksasi benson dan nafas dalam terhadap perubahan tingkat kecemasan lansia di rumah klien lansia maka dari itu peneliti ini melakukan asuhan keperawatan dengan terapi relaksasi benson salah satu cara mengatasi masalah hipertensi pada lansia di Puskesmas panyileukan.