

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar 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.

Defenisi 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 berkonstriksi. Konstriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Hipertensi menambah beban kerja jantung 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).

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. Diperkirakan, sekitar 80% kenaikan kasus hipertensi terutama

terjadi di negara berkembang pada tahun 2025 ; dari jumlah total 639 juta kasus di tahun 2000. Jumlah ini diperkirakan meningkat menjadi 1,15 miliar kasus di tahun 2025. Prediksi ini didasarkan pada angka penderita hipertensi dan penambahan penduduk saat ini (Ardiansyah, 2012).

Wanita mempunyai prevalensi lebih tinggi terkena tekanan darah tinggi dari pada pria. Dari kasus - kasus tadi, ternyata 68,4% diantaranya termasuk hipertensi ringan (diastolik 95,104 mmHg), 28,1% hipertensi sedang (diastolik 105,129 mmHg), dan hanya 3,5% yang masuk hipertensi berat (diastolik sama atau lebih besar dengan 130 mmHg). Hipertensi pada penderita penyakit jantung iskemik ialah 16,1%. Persentase ini termasuk rendah bila dibandingkan dengan prevalensi seluruh populasi (33,3%), sehingga merupakan faktor risiko yang kurang penting.

2.1.2 Etiologi

Dari seluruh kasus hipertensi 90% adalah hipertensi primer. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi primer seperti berikut ini. (Udjianti, 2013).

a. Genetik individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini.

b. Jenis kelamin dan usia

Laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita menopause tinggi untuk mengalami hipertensi.

c. Diet

Konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi.

- d. Berat badan (obesitas).
- e. Berat badan > 25% diatas ideal dikaitkan dengan berkembang nya hipertensi.
- f. Gaya hidup

Merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah.

Etiologi hipertensi sekunder pada umumnya diketahui, berikut ni beberapa kondisi yang menjadi penyebab hipertensi sekunder (Udjianti, 2013).

- a. Penggunaan kontrasepsi hormonal

Obat kontrasepsi yang berisi esterogen dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme renin-aldosteron-mediated volume expansion. Dengan penghentian obat kontrasepsi, tekanan darah normal kembali secara beberapa bulan.

- b. Penyakit parenkim dan vaskuler ginjal

Ini merupakan penyebab utama hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskuler berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri renal pada klien dengan hipertensi disebabkan oleh aterosklerosis atau fibrous displasia (pertumbuhan abnormal jaringan fibrus). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi dan perubahan struktur serta fungsi ginjal.

- c. Gangguan endokrin

Disfungsi medula adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenal-mediated hypertension di sebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol dan katekolamin. Pada aldosteronisme primer, kelebihan aldosteron menyebabkan hipertensi dan hipokaemia.

d. Coarctation aorta (penyempitan pembuluh darah aorta)

Merupakan penyempitan aorta kongenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta torasik atau abdominal. Penyempitan penghambat aliran darah melalui lengkung aorta dan mengakibatkan peningkatan darah diatas area konstriksi.

e. Kehamilan

naiknya tekanan darah saat hamil ternyata dipengaruhi oleh hormon estrogen pada tubuh. Saat hamil kadar hormon estrogen di dalam tubuh memang akan menurun dengan signifikan. Hal ini ternyata biasa menyebabkan sel-sel endotel rusak dan akhirnya menyebabkan munculnya plak pada pembuluh darah. Adanya plak ini akan menghambat sirkulasi darah dan pada akhirnya memicu tekanan darah tinggi.

f. Merokok

Merokok dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah karena membuat tekanan darah langsung meningkat setelah isapan pertama, meningkatkan kadar tekanan darah sistolik 4 milimeter air raksa (mmHg). Kandungan nikotin pada rokok memicu syaraf untuk melepaskan zat kimia yang dapat menyempitkan pembuluh darah sekaligus meningkatkan tekanan darah.

2.1.3 Klasifikasi Hipertensi

Pengukuran tekanan darah dapat dilakukan dengan menggunakan sfigmomanometer air raksa atau dengan tensimeter digital. Hasil dari pengukuran tersebut adalah tekanan sistol maupun diastol yang dapat digunakan untuk menentukan hipertensi atau tidak. Terdapat beberapa klasifikasi hipertensi pada

hasil pengukuran tersebut. Adapun klasifikasi hipertensi menurut WHO adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi ringan (stadium 1)	140-159	90-99
Hipertensi sedang (stadium 2)	160-179	100-109
Hipertensi berat (stadium 3)	180-209	110-119
Hipertensi sangat berat (stadium 4)	210	120

(Widyanto dkk, 2013)

2.1.4 Manifestasi klinis

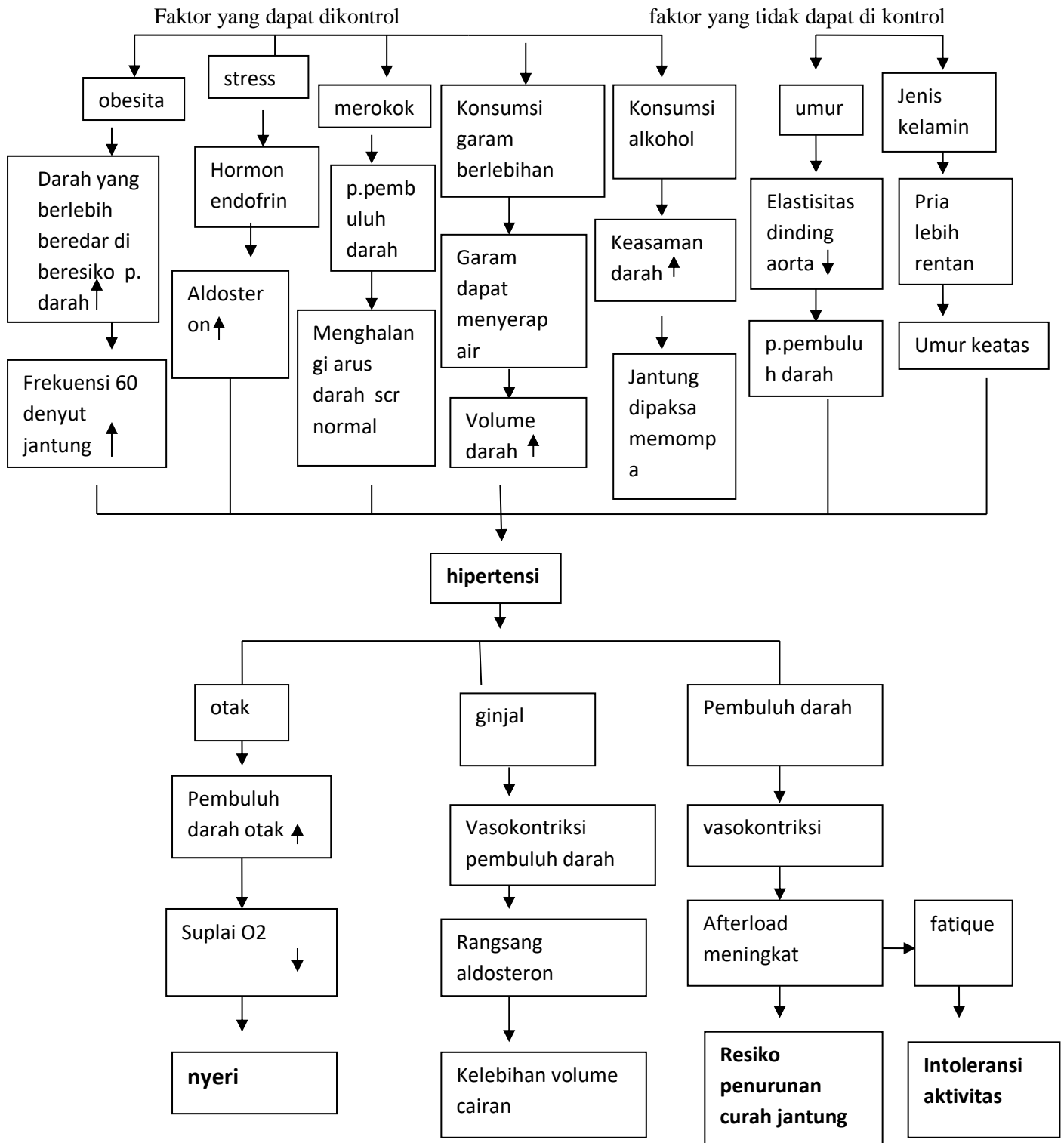
Menurut Nanda Nic-Noc (2016). Tanda dan Gejala Hipertensi adalah :

- a. Mengeluh sakit kepala, pusing
- b. Lemas, kelelahan
- c. Sesak Nafas
- d. Gelisah
- e. Mual
- f. Muntah

- g. Epitaksis (mimisan)
- h. Kesadaran menurun

2.1.5 Pathway Hipertensi

2.1 Gambar Hipertensi



2.1.6 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor inibermula saraf simpatis, yang berlanjut berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Smelttzer, 2014).

Pada saat bersamaan dimana sistem simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi. Kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, mengakibatkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin 1 yang kemudian diubah menjadi angiotensin 2, saat vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air di tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan

volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mengakibatkan keadaan hipertensi (Price).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi hipertensi menurut Triyanto (2014) adalah :

a. Penyakit jantung

Komplikasi berupa infark miokard, angina pectoris, dan gagal jantung

b. Ginjal

Terjadinya gagal ginjal dikarenakan kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler - kapiler ginjal glomerulus. Rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema

c. Otak

Komplikasi berupa stroke dan serangan iskemik. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri - arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal sehingga aliran darah ke daerah yang diperdarahi berkurang.

d. mata

Komplikasi berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan, hingga kebutaan.

e. kerusakan pada pembuluh darah arteri

Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteri atau yang sering disebut dengan aterosklerosis dan arterosklerosis (pengerasan pembuluh darah).

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Nur arif dan kusuma, 2015)

a. Pemeriksaan Laboratorium

1. Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
2. BUN /kreatinin : memberikaan 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, encelopati

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.

2.1.9 Penatalaksanaan medis

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. 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 Dasar Lansia

2.2.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak dan dewasa akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Lansia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimana saat ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Azizah, 2011)

Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang melalui tahap-tahap kehidupannya yaitu neonatus, toddler, preschool, remaja, dewasa dan

lansia terhadap beberapa ini dimulai baik secara biologis maupun psikologis (Padila, 2013). Menurut komisi nasional lansia dengan semakin meningkatnya penduduk lansia, dibutuhkan perhatian dari semua pihak dalam mengantisipasi berbagai permasalahan yang berkaitan penuaan penduduk. Penuaan penduduk membawa berbagai implikasi baik dari aspek social, ekonomi, hukum, politik dan terutama kesehatan (Komisi Lansia, 2010).

2.2.2 Karakteristik Lansia

Menurut Budi Ana Keliat (1999), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut :

- a. Berusia lebih dari 60 th (sesuai pasal 1 ayat (2) UU No. 13 ttg kesehatan).
- b. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual serta dari kondisi adaptif hingga maladaptif.
- c. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.2.3. Batasan Lanjut Usia

- a. Pra usia lanjut (praseenilis)

Seseorang yang berusia 45-59 tahun

- b. Lanjut usia

Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih. Usia lanjut adalah tahap masa tua dalam perkembangan individu (usia 60 tahun keatas). Sedangkan lanjut usia adalah sudah berumur atau tua.

- c. Usia lanjut Resiko Tinggi

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

d. Usia lanjut Potensial

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

2.2.4 Perubahan Perubahan yang Terjadi Pada Lansia

Perubahan yang Terjadi pada Lansia meliputi perubahan fisik, sosial, dan psikologis.

a. Perubahan Fisik

1. Perubahan sel dan ekstrasel pada lansia mengakibatkan penurunan tampilan dan fungsi fisik. lansia menjadi lebih pendek akibat adanya pengurangan lebar bahu dan pelebaran lingkaran dada dan perut, dan diameter pelvis. Kulit menjadi tipis dan keriput, masa tubuh berkurang dan masa lemak bertambah.
2. Perubahan kardiovaskular yaitu pada katup jantung terjadi adanya penebalan dan kaku, terjadi penurunan kemampuan memompa darah (kontraksi dan volume) elastisitas pembuluh darah menurun serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.
3. Perubahan sistem pernapasan yang berhubungan dengan usia yang mempengaruhi kapasitas fungsi paru yaitu penurunan elastisitas paru, otototot pernapasan kekuatannya menurun dan kaku, kapasitas residu meningkat sehingga menarik nafas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun dan terjadinya penyempitan pada bronkus.

4. Perubahan integumen terjadi dengan bertambahnya usia mempengaruhi fungsi dan penampilan kulit, dimana epidermis dan dermis menjadi lebih tipis, jumlah serat elastis berkurang dan keriput serta kulit kepala dan rambut menipis, rambut dalam hidung dan telinga menebal, vaskularisasi menurun, rambut memutih (uban), kelenjar keringat menurun, kuku keras dan rapuh serta kuku kaki tumbuh seperti tanduk.
5. Perubahan sistem persyarafan terjadi perubahan struktur dan fungsi sistem saraf. Saraf pancaindra mengecil sehingga fungsi menurun serta lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress, berkurangnya atau hilangnya lapisan mielin akson sehingga menyebabkan berkurangnya respon motorik dan refleks.
6. Perubahan musculoskeletal sering terjadi pada wanita pasca monopause yang dapat mengalami kehilangan densitas tulang yang masif dapat mengakibatkan osteoporosis, terjadi bungkuk (kifosis), persendian membesar dan menjadi kaku (atrofi otot), kram, tremor, tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
7. Perubahan gastrointestinal terjadi pelebaran esofagus, terjadi penurunan asam lambung, peristaltik menurun sehingga daya absorpsi juga ikut menurun, ukuran lambung mengecil serta fungsi organ aksesoris menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan enzim pencernaan.
8. Perubahan genitourinaria terjadi pengecilan ginjal, pada aliran darah ke ginjal menurun, penyaringan di glomerulus menurun dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengonsentrasikan urine ikut menurun.

9. Perubahan pada vesika urinaria terjadi pada wanita yang dapat menyebabkan otot-otot melemah, kapasitasnya menurun, dan terjadi retensi urine.
10. Perubahan pada pendengaran yaitu terjadi membran timpani atrofi yang dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan tulang-tulang pendengaran mengalami kekakuan.
11. Perubahan pada penglihatan terjadi pada respon mata yang menurun terhadap sinar, adaptasi terhadap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun, dan katarak

b. Perubahan Psikologis

Pada lansia dapat dilihat dari kemampuannya beradaptasi terhadap kehilangan fisik, sosial, emosional serta mencapai kebahagiaan, kedamaian dan kepuasan hidup. Ketakutan menjadi tua dan tidak mampu produktif lagi memunculkan gambaran yang negatif tentang proses menua. Banyak kultur dan budaya yang ikut menumbuhkan anggapan negatif tersebut, dimana lansia dipandang sebagai individu yang tidak mempunyai sumbangan apapun terhadap masyarakat dan memboroskan sumber daya ekonomi

c. Perubahan Kognitif

Pada lansia dapat terjadi karena mulai melambatnya proses berfikir, mudah lupa, bingung dan pikun. Pada lansia kehilangan jangkak pendek dan baru merupakan hal yang sering terjadi

- d. Perubahan Sosial, *Post power syndrome*, *single woman*, *single parent*, kesendirian, kehampaan, ketika lansia lainnya meninggal, maka muncul perasaan kapan meninggal

2.2.5. Tipe Lansia

a. Tipe arif Bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan memenuhi undangan dan menjadi panutan.

b. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman bergaul dan memenuhi ruangan.

c. Tipe Tidak Puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.

d. Tipe Pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan

e. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif acuh tak acuh. Tipe lain dari usia lanjut : Tipe optimis, Tipe konstruktif, Tipe dependen (ketergantungan), Tipe defensif (bertahan) tipe militan dan serius, tipe marah / frustrasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), Tipe putus asa (benci pada diri sendiri).

2.2.6 Tugas perkembangan Lansia

Kesiapan lansia untuk beradaptasi terhadap tugas perkembangan lansia dipengaruhi oleh proses tumbang pada tahap sebelumnya.

- a. Mempersiapkan diri untuk kondisi yang menurun
- b. Mempersiapkan diri untuk pensiun
- c. Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya
- d. Mempersiapkan kehidupan baru
- e. Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial/masyarakat secara santai
- f. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Hipertensi

2.3.1 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

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

2. 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 diuretik.

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

Tabel 2.2 Pengkajian Indeks KATZ

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

Lain- lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C,D dan E
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

6. Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, dan masalah keuangan.

Tabel 2.3 Pengkajian APGAR Keluarga (Tabel APGAR Keluarga)

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang- kadang (1)	Tidak pernah (0)
1.	A : adaptasi Saya puas bisa kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu apabila saya mengalami kesulitan (adaptasi)			
2.	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya (hubungan)			
3.	G : Growth Saya puas bahwa keluarga			

	(teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas (pertumbuhan)			
4.	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi saya seperti, marah sedih, atau mencintai			
5.	R : Resolve Saya puas dengan cara teman dan keluarga saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon			

Keterangan :

Total nilai < 3 : disfungsi keluarga yang sangat tinggi

Total nilai 4 – 6 : disfungsi keluarga sedang

Total nilai 7 – 10 : tidak ada disfungsi keluarga

7. Pola *sensori* dan *kognitif*

Menjelaskan *persepsi sensori* dan *kognitif*, pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Pada klien katarak dapat ditemukan gejala gangguan penglihatan *perifer*, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap. Sedangkan tandanya adalah tampak kecoklatan atau putih susu pada *pupil*, peningkatan air mata.

Tabel 2.4 Pengkajian Status Mental

Tabel Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Skor		No	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
		1	Tanggal berapa hari ini?	
		2	Hari apa sekarang?	
		3	Apa nama tempat ini?	
		4	Dimana alamat anda?	
		5	Kapan anda lahir?	
		6	Berapa umur anda?	
		7	siapa presiden Indonesia sekarang?	
		8	Siapa presiden sebelumnya?	
		9	Siapa nama anak anda?	
		10	Siapa nama ibu anda?	
		Jumlah Kesalahan Total		

Kesimpulan :

1. Kesalahan 0 – 2 = Fungsi Intelektual Utuh
2. Kesalahan 3 – 4 = Kerusakan Intelektual Ringan
3. Kesalahan 5 – 7 = Kerusakan Intelektual Sedang
4. Kesalahan 8 – 10 = Kerusakan Intelektual Berat

Keterangan :

- a. Bisa dimaklumi bila lebih dari 1 (satu) kesalahan bila subyek hanya berpendidikan SD
- b. Bisa dimaklumi bilang kurang dari 1 (satu) kesalahan bila subyek mempunyai pendidikan lebih dari SD
- c. Bisa dimaklumi bila lebih dari 1 (satu) kesalahan untuk subyek kulit hitam dengan menggunakan kriteria pendidikan yang lama.

8. Pola *persepsi* dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan *persepsi* terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Pengkajian tingkat depresi menggunakan Tabel *Inventaris Depresi Beck*

9. Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan kepuasan/masalah terhadap seksualitas.

10. Pola *mekanisme*/penanggulangan *stress* dan coping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani *stress*

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola, nilai keyakinan termasuk *spiritual* (Aspiani, 2014).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA NIC – NOC (2016).

- a. Penurunan curah jantung berhubungan peningkatan afterload, vasokonstriksi dan iskemia miokard.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
- d. Resiko cedera atau jatuh berhubungan dengan ketidakmandirian
- e. Gangguan orientasi berhubungan dengan dimensia
- f. Harga diri rendah berhubungan dengan ditolak, merasa tidak berguna

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.5
Intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Resiko Penurunan curah jantung b.d Peningkatan afterload, Vasokonstriksi dan iskemia miokard	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tanda vital dalam 2. Rentang normal (tekanan darah, nadi, respirasi) 3. Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada asites 4. Tidak ada edema paru perifer, dan tidak ada kelelahan. 5. Tidak ada penurunan kesadaran 	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi adanya (intensitas, lokasi, durasi) 2. Catat adanya distrimia Jantung. 3. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output 4. Monitor status kardiovaskuler 5. Monitor status pernapasan yang menandakan gagal jantung 6. Monitor abdomen sebagai indikator penurunan perfusi 7. Monitor balance cairan 8. Monitor adanya perubahan tekanan darah 9. Monitor respon pasien terhadap efek obat antiritmia 10. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan 11. Monitor toleransi aktivitas pasien 12. Monitor adanya dyspnea, fatigue, takipnea, dan ortopnea 13. Anjurkan untuk menurunkan stress dengan cara sholat dan beribadah 14. Pemantauan tanda vital: 15. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan 16. Catat adanya flukstasi tekanan darah 17. Monitor vs saat pasien berbaring duduk atau

			berdiri 18. Auskultasi tekanan darah padakedua lengan dan bandingkan 19. Monitor tekanan darah, nadi pernapasan, selama dan setelah aktivitas 20. Monitor kualitas dari nadi 21. Monitor frekuensi dan irama pernapasan 22. Monitor pola pernapasan abnormal 23. Monitor suhu, warna, dan kelembapan kulit 24. Monitor adanya cushing Triad (tekanan nadi yang melebar bradikardi, peningkatan sistolik) 25. identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
2	Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskulerserebral	NOC Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Kriteria hasil : 1. Klien mampu mengontrol nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas frekuensi dan tanda nyeri) 4. Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	NIC 1. Kaji nyeri secara Komprehensif, termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 3. Ajarkan tentang teknik non Farmakologi seperti kompres hangat dan relaksasi nafas dalam 4. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 5. Tingkatkan istirahat yang cukup 6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali

3	Intoleransi aktivitas b/d kelemahan	NOC Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Kriteria hasil : 1. Mampu melakukan kegiatan sehari-hari 2. Tanda-tanda vital dalam batas normal	NIC: 1. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapat sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan 4. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai 5. Bantu untuk mendapatkan alat bantu 6. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri
---	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3.4 Implementasi

Menurut Nursalam (2013) adapun sebagai berikut: Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap Implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien.

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan. Selama tahap

implementasi, perawat melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2013).