

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian lansia

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Sedangkan menurut undang-undang kesejahteraan lansia No. 13 tahun 1998, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas baik pria maupun wanita yang masih mampu melakukan pekerjaan yang dapat menghasilkan barang atau jasa, ataupun tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya tergantung pada orang lain (Fatma Ekasari et al., 2019)

2.1.2 Klasifikasi lansia

Klasifikasi lansia berdasarkan data dari Depkes (2003) dalam (Maryam et al., 2008) yang terdiri dari :

- a. Pralansia (prasenilis)
Sesorang yang berusia antara 45-59 tahun
- b. Lansia
Sesorang yang berusia 60 tahun atau lebih
- c. Lansia resiko tinggi
Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
- d. Lansia potensial
Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa
- e. Lansia tidak potensial

Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain

Menurut Prof. Dr. Ny. Sumiati Ahmad Mohammad (alm) Guru Besar Universitas Gadjah Mada Fakultas Kedokteran dalam (Muhith & Siyoto, 2016) membagi periodisasi biologis perkembangan sebagai berikut :

- a. 1 tahun : masa bayi
- b. 1-6 tahun : masa prasekolah
- c. 6-10 tahun : masa sekolah
- d. 10-20 tahun : masa pubertas
- e. 40-65 tahun : masa setengah umur (prasenium)
- f. 65 tahun ke atas : masa lanjut usia (senium)

2.1.3 Karakteristik lansia

Lansia mempunyai karakteristik menurut Budi Anna Keliat (1999) dalam (Maryam et al., 2008) sebagai berikut :

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

2.1.4 Tipe lansia

Beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya Nugroho (2000) dalam (Maryam et al., 2008). Tipe tersebut dijabarkan sebagai berikut :

- a. Tipe arif bijaksana

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

b. Tipe mandiri

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

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, dan melakukan pekerjaan apa saja.

e. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

f. Tipe lain dari lansia adalah tipe optimis, tipe konstruktif, tipe independen (ketergantungan), tipe defensife (bertahan), tipe militan dan serius, tipe pemaarah/frustasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), serta tipe putus asa (benci pada diri sendiri).

2.1.5 Proses penuaan

Penuaan adalah suatu proses yang terjadi terus menerus dan berkesinambungan, selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia pada tubuh sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Kemenkes RI, 2014). Proses penuaan adalah peristiwa yang normal dan alamiah yang dialami oleh setiap individu. Perubahan terjadi dari berbsagai aspek fisik, mental, dan sosial (NUGROHO et al., 2008)

Perubahan fisik yang dapat diamati pada seseorang adalah rambut memutih, kulit keriput, tipis, kering, dan longgar, mata berkurang penglihatannya, daya penciuman berkurang, pendengaran berkurang, persendian kaku dan sakit. Perubahan mental yang dialami karena perasaan kehilangan terutama pasangan

hidup maupun anggota keluarga atau teman dekat, sering menyendiri, menjadi pelupa. Perubahan sosial yang paling menonjol dengan meningkatnya usia adalah ketidakmampuan merawat diri sendiri dalam hal kegiatan hidup sehari-hari.

Pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah, baik secara biologis, mental, maupun ekonomi. Semakin lanjut usia seseorang, maka kemampuan fisiknya akan semakin menurun, sehingga dapat mengakibatkan kemunduran pada peran-peran sosialnya (Tamher & Noorkasiani, 2009). Oleh karena itu, perlu membantu individu lansia untuk menjaga harkat dan otonomi maksimal meskipun dalam keadaan kehilangan fisik, sosial dan psikologis.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah istilah medis dimana kondisi tekanan darah tinggi, beberapa orang menyebutnya penyakit tekanan darah tinggi, namun pada kenyataannya, hipertensi adalah suatu gejala penyakit. Dokter ahli jantung tidak menyebutnya suatu penyakit hipertensi, melainkan dikenal sebagai "*silent killer*" karena tidak memiliki gejala awal tetapi dapat menyebabkan penyakit jangka panjang dan komplikasi yang berakibat fatal. Hipertensi juga diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik berada diatas angka normal, yang dimana secara umum seseorang dapat dikatakan menderita hipertensi yaitu tekanan darah sistolik diatas 140mmHg dan tekanan darah diastolik diatas 90mmHg (Kowalski, 2010)

Berdasarkan klasifikasi JNC VIII, Hipertensi di kategorikan sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Klasifikasi Tekanan Darah Pada Dewasa menurut JNC VII

| Kategori | Tekanan Darah Sistolik | Tekanan Darah Diastolik |
|----------|------------------------|-------------------------|
| Optimal | ≤ 115 mmHg | ≤ 75 mmHg |
| Normal | < 120 mmHg | < 80 mmHg |

| | | |
|----------------|--------------|------------|
| Pre-hipertensi | 120-139 mmHg | 80-89 mmHg |
| Stadium 1 | 140-159 mmHg | 90-99 mmHg |
| Stadium 2 | ≥160 mmHg | ≥100 mmHg |

Sumber : (Kowalski, 2010)

Hipertensi ini sering ditemukan pada usia lanjut. Sejalan dengan bertambahnya usia, hampir setiap orang mengalami kenaikan tekanan darah, tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik terus meningkat sampai usia 55-60 tahun, kemudian berkurang secara perlahan atau bahkan menurun drastis.

2.2.2 Penyebab hipertensi

Menurut North American Nursing Diagnosis Association (2013) etiologi hipertensi berdasarkan penyebabnya dibagi menjadi 2 golongan yaitu:

a. Hipertensi Primer

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhinya yaitu: genetik, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis, sistem renin angiotensin dan peningkatan Na^+ Ca intraseluler. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko: obesitas, merokok, alkohol dan polisitemia.

b. Hipertensi Sekunder

Penyebab yaitu: penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Faktor penyebab terjadinya hipertensi yaitu umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, genetik (faktor resiko yang tidak dapat diubah), kebiasaan merokok, obesitas, kurang aktivitas fisik, stress, dan salah satunya yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi adalah konsumsi garam dalam intake yang berlebihan (Purwono et al., 2020).

Beberapa penyebab yang membuat tekanan darah di atas 140/90 mmHg adalah (Sutomo & H.K., 2019) :

a. Gaya hidup modern

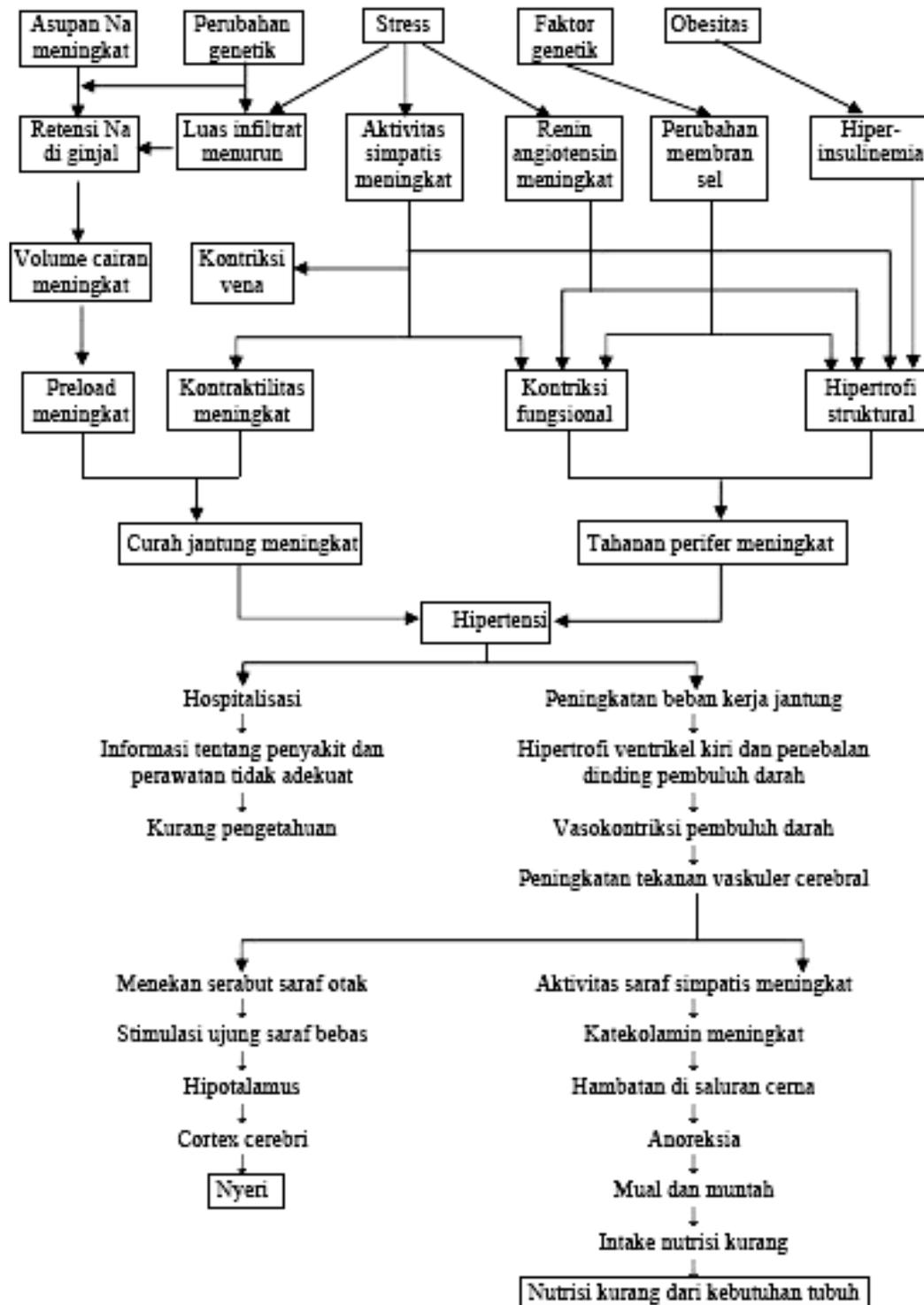
Kerja keras penuh tekanan yang mendominasi gaya hidup masa kini menyebabkan stress berkepanjangan. Kondisi ini memicu berbagai penyakit seperti sakit kepala, sulit tidur, maag, jantung, dan hipertensi. Gaya hidup modern cenderung membuat berkurangnya aktivitas fisik (olahraga), konsumsi alkohol tinggi, minum kopi, dan merokok. Semua perilaku tersebut merupakan pemicu naiknya tekanan darah.

b. Pola makan tidak sehat

Tubuh membutuhkan natrium untuk menjaga keseimbangan cairan dan mengatur tekanan darah. Tetapi bila asupannya berlebihan, tekanan darah akan meningkat akibat adanya retensi cairan dan bertambahnya volume darah. Kelebihan natrium diakibatkan dari kebiasaan menyantap makanan instan yang telah menggantikan bahan makanan segar. Gaya hidup serba cepat menuntut segala sesuatunya serba instan, termasuk konsumsi makanan. Padahal makanan instan cenderung menggunakan zat pengawet seperti natrium benzoate dan penyedap rasa seperti monosodium glutamat(MSG). Jenis makanan yang mengandung zat tersebut, apabila dikonsumsi secara terus menerus akan menyebabkan peningkatan tekanan darah karena adanya natrium yang berlebihan di dalam tubuh.

c. Obesitas

Saat asupan natrium berlebih, tubuh sebenarnya bisa membuangnya melalui air seni. Tetapi proses ini bisa terhambat, karena kurang minum air putih, berat badan berlebihan, kurang gerak atau ada keturunan hipertensi maupun diabetes. Berat badan yang berlebih membuat aktivitas fisik menjadi berkurang. Akibatnya jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah.



Gambar 2. 1 Patofisiologi Hipertensi

2.2.3 Gejala Hipertensi

Hipertensi disebut sebagai pembunuh diam-diam karena sering tanpa gejala yang memberi peringatan akan adanya masalah. Terkadang orang yang sakit kepala, pusing merupakan pertanda meningkatnya tekanan darah. Padahal hanya sedikit orang yang mengalami sakit kepala, pusing jika tekanan darahnya meningkat. Pada sebagian besar kasus hipertensi tidak menimbulkan gejala apapun, dan bisa saja baru muncul gejala setelah terjadi komplikasi pada organ lain, seperti ginjal, mata, otak, dan jantung (Junaedi et al., 2013).

Menurut P2PTM Kemenkes terdapat gejala yang bisa kita ketahui jika seseorang menderita hipertensi yang berat dan tidak diobati, sebagai berikut :

- a. Sakit kepala
- b. Gelisah
- c. Kelelahan
- d. Mual
- e. Muntah
- f. Sesak nafas
- g. Pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal
- h. Terkadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma karena terjadi pembengkakan otak. Keadaan ini disebut ensefalopati hipertensif, yang memerlukan penanganan segera.

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi 2, yaitu : (CHUNG & K, 1995)

- a. Tidak Ada Gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa.

Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

b. Gejala Yang Lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

2.2.4 Komplikasi Hipertensi

Tekanan darah yang menetap pada kisaran angka tinggi membawa resiko berbahaya. Biasanya muncul berbagai komplikasi. Berikut ini komplikasi hipertensi yang dapat terjadi (Julianti et al., 2009) :

a. Kerusakan dan gangguan pada otak

Tekanan yang tinggi pada pembuluh darah sulit meregang sehingga aliran darah ke otak berkurang dan menyebabkan otak kekurangan oksigen. Pembuluh darah di otak sangat sensitif sehingga apabila terjadi kerusakan atau gangguan dia otak akan menimbulkan perdarahan yang dikarenakan oleh pecahnya pembuluh darah.

b. Gangguan dan kerusakan mata

Tekanan darah tinggi melemahkan bahkan merusak pembuluh darah di belakang mata. Gejalanya yaitu pandangan kabur dan berbayang.

c. Gangguan dan kerusakan jantung

Akibat tekanan darah yang tinggi, jantung harus memompa darah dengan tenaga yang ekstra keras. Otot jantung semakin menebal dan lemah sehingga kehabisan energi untuk memompa lagi. Gejalanya

yaitu pembengkakan pada pergelangan kaki, peningkatan berat badan, dan nappas yang tersengal-sengal.

d. Gangguan dan kerusakan ginjal

Ginjal berfungsi untuk menyaring darah serta mengeluarkan air dan zat sisa yang tidak diperlukan tubuh. Ketika tekanan darah terlalu tinggi, pembuluh darah di ginjal akan rusak dan ginjal tidak mampu lagi untuk menyaring darah dan mengeluarkan zat sisa. Umumnya, gejala kerusakan ginjal tidak tampak. Namun, jika dibiarkan terus-menerus akan menimbulkan komplikasi yang lebih serius.

2.2.5 Penatalaksanaan hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi menurut (Muttaqin & Arif, 2012) sebagai berikut:

a. Farmakologi

Terapi Farmakologi Sesuai dengan rekomendasi WHO/ISH dengan mengingat kondisi pasien, sasarkan pertimbangan dan prinsip sebagai berikut:

- 1) Mulai dosis rendah yang tersedia, naikkan bila respon belum optimal
Contoh: agen beta bloker ACE.
- 2) Kombinasi dua obat, dosis rendah lebih baik dari pada satu obat dosis tinggi. Contoh: diuretic dengan beta bloker.
- 3) Bila tidak ada respon satu obat, respon minim atau ada efek samping ganti DHA yang lain
- 4) Pilih yang kerja 24 jam, sehingga hanya sehari sekali yang akan meningkatkan kepatuhan.

b. Non Farmakologi

Terapi Non Farmakologi Langkah awal biasanya adalah dengan mengubah pola hidup penderita, yakni dengan cara:

- 1) Menurunkan berat badan sampai batas ideal.
- 2) Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan, atau kadar kolesterol darah tinggi.
- 3) Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya (disertai dengan asuhan kalsium, magnesium, dan kalsium yang cukup).
- 4) Mengurangi mengkonsumsi alkohol.
- 5) Berhenti merokok
- 6) Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat (penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali).

2.3 Konsep diet DASH

2.3.1 Pengertian diet DASH

Diet DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) merupakan suatu modifikasi gaya hidup untuk penderita hipertensi dengan memakan makanan yang kaya akan buah-buahan, sayuran, produk susu tanpa lemak atau rendah lemak, biji-bijian, ikan, unggas, kacang-kacangan. Diet DASH juga mengandung sedikit natrium, makanan manis, gula, lemak, dan daging merah. Desain dari diet DASH ini juga mengandung lebih sedikit lemak jenuh, lemak trans, dan kolesterol serta kaya akan nutrisi yang berhubungan dengan penurunan tekanan darah, terutama kalium, magnesium, kalsium, protein, dan serat (Heart, 2010).

Diet DASH tidak memerlukan makanan khusus ataupun resep yang sulit untuk diikuti. Diet ini hanya membutuhkan sejumlah porsi harian dari berbagai kelompok makanan. Jumlah porsi harian tergantung pada jumlah kalori yang

dibutuhkan setiap harinya. Tingkat kalori tergantung pada usia, terutama seberapa banyak aktifitas fisik yang dilakukan setiap hari. Tingkat aktivitas fisik dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

- a. Tidak bergerak, hanya melakukan aktivitas fisik ringan yang merupakan bagian dari rutinitas sehari-hari;
- b. Cukup aktif, melakukan aktivitas fisik yang setara dengan berjalan kaki sekitar 1 hingga 3 mil sehari dengan kecepatan 3 hingga 4 mil per jam, ditambah aktivitas ringan
- c. Aktif, melakukan aktivitas fisik yang setara dengan berjalan lebih dari 3 mil per hari dengan kecepatan 3 hingga 4 mil per jam, ditambah aktivitas fisik ringan (Heart, 2010).

Tabel 2. 2 Klasifikasi kebutuhan kalori berdasarkan tingkatan aktivitas fisik

| Jenis Kelamin | Umur (tahun) | Kebutuhan Kalori untuk Tiap Aktivitas Fisik | | |
|---------------|--------------|---|-------------|-------------|
| | | Tidak bergerak | Cukup aktif | Aktif |
| Wanita | 19-30 | 2.000 | 2.000-2.200 | 2.400 |
| | 31-50 | 1.800 | 2.000 | 2.200 |
| | ≥51 | 1.600 | 1.800 | 2.000-2.200 |
| Pria | 19-30 | 2.400 | 2.600-2.800 | 3.000 |
| | 31-50 | 2.200 | 2.400-2.600 | 2.800-3.000 |
| | ≥51 | 2.000 | 2.200-2.400 | 2.400-2.800 |

Sumber : (Mukti, 2019)

Ada beberapa langkah untuk merubah kebiasaan pola makan sehari-hari yang direkomendasikan oleh diet DASH (Heart, 2010) :

1. Tambahkan satu porsi sayuran saat makan siang pada hari pertama dan pada makan malam di hari berikutnya, dan tambahkan buah pada makanan atau sebagai cemilan
2. Tingkatkan penggunaan produk susu bebas lemak dan rendah lemak hingga tiga porsi sehari
3. Batasi daging tanpa lemak hingga 6 ons sehari atau 3 ons sekali makan. Jika biasanya makan daging dalam jumlah yang besar, kurangi

konsumsi daging dalam beberapa hari, misalnya setengah atau sepertiga setiap kali makan.

4. Sertakan dua atau lebih gaya makan vegetarian, atau tanpa daging, setiap minggu
5. Tambahkan porsi sayuran, nasi merah, pasta gandum, dan kacang kering yang dimasak. Cobalah hidangan tumis yang mengandung lebih sedikit daging dan lebih banyak sayuran, bijibiiian, dan kacang kering.
6. Untuk cemilan dan makanan penutup, gunakan buah-buahan atau makanan lain yang rendah lemak jenuh, lemak trans, kolesterol, natrium, gula, dan kalori, misalnya kue beras tanpa garam, Kacang-kacangan tanpa garam, kismis, crackers, yogurt bebas atau rendah lemak maupun yogurt beku, popcorn tanpa ditambahkan garam atau mentega, atau sayuran mentah.
7. Gunakan sayuran segar atau sayuran kaleng rendah sodium dan buah-buahan.

2.3.2 Klasifikasi Diet Dash

1. Diet DASH dengan menurunkan jumlah sodium menjadi 2300 miligram (mg) Dengan ukuran tidak lebih dari 1 sendok teh per hari
 - a. Klien pemula
 - b. Klien yang ingin mencegah tekanan darah tinggi
2. Diet DASH dengan menurunkan jumlah sodium menjadi 1500 miligram (mg) Dengan ukuran tidak lebih dari ½ sendok teh per hari, diberikan kepada
 - a. Klien yang sudah memiliki tekanan darah tinggi
 - b. Memiliki diabetes atau penyakit

Tabel 2. 3 Daftar rencana makan diet DASH

| Kelompok makanan | Sajian per hari | | | Ukuran sajian | Contoh dan Catatan | Kandungan tiap kelompok makanan pada rencana makanan DASH |
|----------------------|-----------------|--------------|--------------|--|--|---|
| | 1.600 kalori | 2.000 kalori | 2.600 kalori | | | |
| Produk gandum | 6/hari | 6-8/hari | 10-11/hari | 1 potong roti 30 gr sereal kering ½ mangkuk nasi, pasta, atau sereal | Roti gandum, pasta gandum, roti, sereal, bubur jagung, oatmeal, beras merah, popcorn | Sumber utama energi dan serat. |
| Sayuran | 3-4/hari | 4-5/hari | 5-6/hari | 1 mangkuk sayur mentah ½ mangkuk sayur matang ½ gelas jus sayuran | Brokoli, wortel, kacang hijau, kacang polong, kacang, kentang, bayam, labu, ubi | Sumber kaya potassium, magnesium, dan serat |

| | | | | | | |
|--|----------|----------|--------------|---|---|---|
| | | | | | jalar, tomat | |
| Buah- buahan | 4/hari | 4-5/hari | 5- 6/hari | 1 buah segar $\frac{1}{4}$ mangkuk buah kering $\frac{1}{2}$ mangkuk buah kalengan $\frac{1}{2}$ gelas jus buah segar | Apel, pisang, kurma, anggur, jুরু, jus anggur, manga, melon, persik, nanas, kismis, stroberi, jeruk peras. | Sumber kalium, magnesi m, dan serat |
| Produk susu bebas lemak atau rendah lemak | 2-3/hari | 2-3/hari | 3/hari | 1 gelas susu atau yogurt 40 gr keju | Susu tanpa lemak (skim) atau rendah lemak (1%), keju bebas lemak atau rendah lemak, yogurt bebas | Sumber utama kalsium dan protein |

| | | | | | | |
|---|---------------|----------------|--------|--|---|--|
| | | | | | lemak atau rendah lemak | |
| Daging tanpa lemak, unggas, dan ikan | 3-6/hari | ≤6/hari | 6/hari | 30 gram daging, unggas, atau ikan 1 butir telur | Daging tanpa lemak panggang atau rebus; membuan g kulit unggas | Kaya akan sumber protein dan magnesi m |
| Kacang- kacangan n | 3/minggu u | 4- 5/minggu | 1/hari | 40 gr kacang- kacangan 2 sendok makan selai kacang | Almond, hazelnut, kacang tanah, kenari, biji bunga matahari, selai kacang, kacang merah, kacang polong. | Sumber energi, magnesi m, protein, dan kaya serat |
| Lemak dan minyak | 2/hari | 2-3/hari | 3/hari | 1 sendok teh margarin 1 sendok makan | Margarin, minyak sayur (seperti kanola, jagung, | Studi DASH memiliki 27 % kalori sebagai |

| | | | | | | |
|---|---|---------------|-------------|---|---|--|
| | | | | minyak sayur 1 sendok makan mayonnais e 2 sendok makan saus salad | zaitun), mayones rendah lemak, saus salad | lemak, termasuk lemak didalam makanan atau lemak tambahan ke makanan |
| Makana n manis dan gula tambah n | 0 | ≤5/mingg u | ≤2/har i | 1 sendok makan gula, jelly atau selai ½ gelas agar 1 gelas air limun | Agar rasa buah, buah tusuk, permen, jelly, sirup maple, gula. | Permen harus rendah lemak |

Sumber : (Mukti, 2019)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi

2.4.1 Pengkajian dan Analisa Data

Pemberian Asuhan Keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama dengan klien, keluarga atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Adapun pengkajian pada pasien hipertensi menurut (Doenges & Marilyn, 2001) adalah :

A. Datas subyektif

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa.

2) Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah pusing, sakit kepala dan penurunan tingkat kesadaran.

3) Riwayat penyakit sekarang

Merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan di bawa ke puskesmas khususnya yang terkait dengan hipertensi.

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian obat-obatan yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat anti hipertensi, anti lipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu

6) Pengkajian pola fungsional

a) Riwayat pola kesehatan

Tindakan yang dilakukan klien pada umumnya termasuk penyakit yang saat ini dialami klien

b) Pola pemenuhan nutrisi metabolik

Dikaji makanan yang disukai dan yang sering dikonsumsi setiap hari

c) Pola eliminasi

Dikaji frekuensi, jumlah BAB dan BAK dalam sehari

d) Pola aktivitas dan dan latihan

Apakah terjadi penurunan pola aktivitas, faktor yang mempengaruhi pergerakan klien, adakah keletihan, gaya hidup monoton

e) Pola tidur dan istirahat

Apakah klien mengalami gangguan tidur dan istirahat selama 24 jam, bagaimana kualitas dan intensitasnya, berapa jam lamanya

f) Pola kognitif-sensori

Kaji keadekuatan alat sensori (penglihatan, pendengaran, pengecapan, sentuhan) persepsi nyeri, kemampuan fungsional kognitif

g) Pola persepsi dan konsep diri

Sikap individu mengenai dirinya, persepsi terhadap kemampuan, panduan citra tubuh, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai

h) Pola nilai dan kepercayaan

Persepsi klien tentang peran utama dan tanggung jawab dalam situasi kehidupan sekarang

i) Pola peran dan hubungan

Kepuasan dan ketidakpuasan yang dirasakan klien dengan sexualitas dan tahap dan pola reproduksi

j) Pola seksual dan reproduksi

Bagaimana pola koping umum dan efektif pada toleransi terhadap stress sistem pendukung dan kemampuan yang dirasakan untuk mengendalikan dan mengubah situasi

k) Pola koping dan intoleransi stress

Nilai-nilai, tujuan atau keyakinan yang mengarahkan pilihan atau keputusan

B. Data objektif

1) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Observasi tanda vital meliputi suhu, nadi, pernafasan, dan tekanan darah.

b) Sistem pernafasan (B1-BREATH)

Dikaji tentang keluhan sesak, batuk, nyeri, keteraturan irama nafas, jenis pernafasan.

c) Sistem kardiovaskuler (B2-BLOOD)

Dikaji adanya keluhan nyeri dada dan suara jantung.

d) Sistem persyarafan (B3-BRAIN)

Dikaji jumlah GCS, refleks fisiologis dan patologis, istirahat/tidur.

e) Sistem penginderaan

♦ Mata: dikaji pupil isokor/anisokor, sclera ikterus/ tidak, konjungtiva anemis/tidak.

♦ Pendengaran/telinga: dikaji apakah ada gangguan pendengaran/tidak.

♦ Penciuman/hidung: dikaji bentuk, apa ada gangguan penciuman/ tidak.

f) Sistem pencernaan (B5-BOWEL)

Dikaji tentang nafsu makan, frekuensi, porsi, jumlah, jenis, dikaji juga mulut dan tenggorokan. Pada abdomen dikaji ketegangan, nyeri tekan, lokasi, kembung, asites, peristaltik usus, pembesaran hepar, lien, konsistensi BAB, frekuensi, bau dan warna.

g) Sistem muskuloskeletal dan integumen (B6-BONE)

Dikaji tentang kemampuan pergerakan sendi, kekuatan otot, warna kulit, turgor dan edema.

h) Personal Hygiene

Dikaji kelenjar tiroid membesar/tidak, hiperglikemi, hipoglikemi, luka gangrene, ada pus/tidak.

2) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium

- ♦ Asam urat: untuk mengkaji peningkatan asam urat yang memicu vasokonstriksi serta berkurangnya kemampuan dilatasi vaskuler yang menyebabkan hipertensi.
 - ♦ Kolesterol: mendeteksi kemungkinan arteriosklerosis.
 - ♦ Glukosa: Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
 - ♦ Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
- b) CT Scan: mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati
- c) EKG: dapat menunjukkan pola regangan, 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 thorax: menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan atau mencegah masalah keperawatan klien yang ada pada tanggung jawabnya.

Dalam merumuskan diagnosa keperawatan, ada tiga komponen yang perlu dicantumkan, yaitu problem (P), etiologi (E), dan symptom (S). Dilihat dari status kesehatan klien, diagnosa dapat dibedakan menjadi aktual, potensial, resiko, dan kemungkinan.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien hipertensi:

- a. Resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi pembuluh darah, iskemia miokard, hipertropi ventricular.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia
- c. Gangguan rasa nyaman: sakit kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
- d. Ketidapatuhan minum obat berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai penyakit.
- e. Kurang pengetahuan mengenai kondisi, rencana pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang makan/diet.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Dalam rencana pelaksanaan, pengkajian dipilah-pilah data yang termasuk data subyektif dan data obyektif. Kemudian dianalisa kemungkinan masalah yang terjadi beserta penyebabnya.

Pada tahap perencanaan ada 4 hal yang harus diperhatikan yaitu:

- a. Menentukan prioritas masalah.
- b. Menentukan tujuan, dalam menentukan tujuan, digambarkan kondisi yang diharapkan disertai jangka waktu.
- c. Menentukan kriteria hasil.
- d. Merumuskan intervensi dan aktivitas perawatan

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan pelaksanaan yang dilakukan pada klien disesuaikan dengan prioritas masalah yang telah disusun. Yang paling penting pelaksanaan

mengacu pada intervensi yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan klien terpenuhi secara optimal.

2.4.5 Evaluasi

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Penilaian dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam melaksanakan rencana tindakan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

Kriteria dalam tahap evaluasi adalah:

- a. Kriteria Proses (evaluasi proses): menilai jalannya pelaksanaan proses keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi dan kebutuhan klien.
- b. Kriteria keberhasilan (evaluasi hasil/sumatif): menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku klien.

Dalam evaluasi dapat dikemukakan 4 kemungkinan yang menentukan keperawatan selanjutnya yaitu:

- a. Masalah klien dapat teratasi.

Jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan

- b. Sebagian masalah klien dapat teratasi sebagian

Jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan

- c. Masalah klien tidak dapat teratasi

Jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali