

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA PM.Y DENGAN  
GANGGUAN HIPERTENSI DI RUANG FLAMBOYAN UNIT  
PELAYANAN SOSIAL LANSIA PURBO YUWONO BREBES**



**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna  
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

Oleh :

Titi Hendrawati

NIM : 13.1703.P

**PRODI DIII KEPERAWATAN**

**STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN**

**TAHUN 2016**

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada PM.Y dengan Gangguan Hipertensi di Ruang Flamboyan Unit Pelayanan Sosial Lansia Purbo Yuwono Brebes” yang disusun oleh Titi Hendrawati telah disetujui untuk di pertahankan di hadapan penguji sebagai salah satu syarat yang di perlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, 28 Juni 2016

Pembimbing

Siska Yuliana, S.Kep.,Ns.,M.Kes.Epid

NIK 10.001.076

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.**

Pekalongan, 20 Juni 2016

Yang Membuat Pernyataan

Titi Hendrawati

NIM : 13.1703.P

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada PM.Y dengan Gangguan Hipertensi di Ruang Flamboyan Unit Pelayanan Sosial Lansia Purbo Yuwono Brebes” yang disusun oleh Titi Hendrawati telah berhasil dipertahankan di hadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang di perlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, 29 Juni 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Herni Rejeki, M.kep,Ns.Sp.Kep.kom

Siska Yuliana, S.Kep,Ns,M.Kes.Epid

NIK. 96.001.016

NIK 10.001.076

Mengetahui,

Ka. Prodi DIII Keperawatan

STIKes Muhammadiyah Pekajangan

Herni Rejeki, M.kep,Ns.Sp.Kep.kom

NIK. 96.001.016

## **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada PM.Y dengan Gangguan Hipertensi di Ruang Flamboyan Unit Pelayanan Sosial Lansia Purbo Yuwono Brebes”.

Adapun maksud dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, yaitu untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi Diploma III Keperawatan di STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan, namun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Mokhamad Arifin, S.Kep, M.Kep, selaku ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
2. Herni Rejeki, M.kep,Ns.Sp.Kep.kom, selaku kepala Prodi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan dan penguji I.
3. Siska Yuliana, S.Kep.,Ns.,M.Kes.Epid, selaku pembimbing dan penguji II yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
4. Untuk Orang tua dan kerabat keluarga yang senantiasa memberikan do’a dan dukungannya.
5. Semua teman-teman yang memberikan dukungan dan semangat buat saya.
6. Seluruh pihak yang telah memberikan dukungan dan dorongan dalam penyelesaian tugas Karya Tulis Ilmiah

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis telah berusaha semaksimal mungkin dengan segala kemampuan yang ada, namun penulis menyadari sepenuhnya karya tulis ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kritik

dan saran yang membangun dari semua pihak. Semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca khususnya bagi penulis.

Pekalongan, 20 Juni 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR ORISINALITAS .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	4
C. Manfaat .....	5
BAB II TINJAUAN TEORI .....	6
A. KONSEP LANSIA	
1. Pengertian .....	6
2. Teori-teori proses Menua .....	7
3. Mitos-mitos Lansia .....	11
4. Tipe-tipe Lanjut Usia .....	13
5. Batasan Lanjut Usia .....	14
6. Perubahan-perubahan yang terjadi pada Lanjut Usia .....	15
B. KONSEP HIPERTENSI	
1. Pengertian .....	22
2. Etiologi.....	23
3. Patofisiologi .....	24
4. Klasifikasi Hipertensi.....	25
5. Manifestasi Klinis .....	26
6. Pemeriksaan Diagnostik .....	28
7. Penatalaksanaan .....	29
8. Komplikasi .....	30
C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN	

1. Pengkajian .....	31
2. Diagnosis Keperawatan dan Intervensi .....	35
BAB III RESUME KASUS .....	50
1. Pengkajian .....	50
2. Diagnosa dan Intervensi keperawatan .....	51
3. Implementasi keperawatan .....	53
4. Evaluasi.....	56
BAB IV PEMBAHASAN.....	60
1. Pengkajian .....	60
2. Diagnosa Keperawatan, Tindakan Keperawatan dan Evaluasi .....	61
BAB V PENUTUP.....	
A. Simpulan .....	66
B. Saran .....	67

#### DAFTAR PUSTAKA

#### LAMPIRAN

Lampiran 1. Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pm.Y Dengan Gangguan  
Hipertensi Di Ruang Flamboyan Unit Pelayanan Sosial Lansia  
Purbo Yuwono Brebes

Lampiran 2. Pathways



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup. Menua bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luar tubuh. Walaupun demikian, memang harus diakui bahwa ada berbagai penyakit yang sering menghinggapi kaum lanjut usia. Proses menua sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai usia dewasa, misalnya dengan terjadinya kehilangan jaringan pada otot, susunan syaraf, dan jaringan lain sehingga tubuh “mati” sedikit demi sedikit (Azizah 2011, h. 7).

Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan 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. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Azizah 2011, h. 1).

Menurut beodhi (2011), status kesehatan para lanjut usia, penyakit atau keluhan yang umum diderita adalah penyakit reumatik, hipertensi, penyakit jantung, penyakit paru (bronchitis/sesak nafas), diabetes melitus, patah tulang dan kanker. Lebih banyak wanita yang menderita atau mengeluhkan penyakit-penyakit tersebut dari pada kaum pria, kecuali untuk bronkhitis (pengaruh rokok pada pria). Di pedesaan masalah-masalah ini

kurang begitu berpengaruh nyata terhadap aktivitas keseharian pada responden dibandingkan dengan mereka yang hidup di kota.

Hipertensi mengenai seluruh bangsa di dunia dengan insidensi yang bervariasi. Akhir-akhir ini insidensi dan prevalensi meningkat dengan makin bertambahnya usia harapan hidup. Di Amerika Serikat dikatakan bahwa pada populasi kulit putih usia 50-69 tahun prevalensinya sekitar 35% yang meningkat menjadi 50% pada usia diatas 69 tahun. Penelitian pada 300.000 populasi berusia 65-115 tahun (rata-rata 82,7 tahun) yang dirawat di institusi lanjut usia didapatkan prevalensi hipertensi pada saat mulai dirawat sebesar 32%. Dari penderita ini 70% diberikan obat anti hipertensi dan sudah mengalami komplikasi akibat penyakitnya, diantaranya, penyakit jantung koroner (26%), penyakit jantung kongestif (22%) dan penyakit serebrovaskuler (29%) (Darmojo & Martono 2006, h. 396).

Survei hipertensi yang telah diadakan di Indonesia selama ini, bahwa prevalensi hipertensi pada orang-orang Indonesia dewasa sekitar 5-10% dan angka ini akan menjadi lebih dari 20% pada kelompok umur 50 tahun keatas (Darmojo 2011, h. 361). Prevalensi penyakit hipertensi di provinsi jawa tengah tahun 2012 yaitu sebanyak 554.771 kasus (67,57%) lebih rendah dibanding tahun 2011 (634.860 kasus / 72,13%) (Dinkes 2012, h. 33).

Hipertensi dicirikan dengan peningkatan tekanan darah diastolik atau sistolik yang intermiten atau menetap. Pengukuran tekanan darah serial 150/95 mmHg atau lebih tinggi pada orang yang berusia di atas 50 tahun memastikan hipertensi. Insiden hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan usia. Pada lansia, hipertensi umumnya akibat dari vasokonstriksi terkait dengan penuaan, yang menyebabkan resistansi perifer (Stockslager 2007, h. 208).

Hipertensi adalah faktor resiko ketiga terbesar yang menyebabkan kematian dini (Handayani & sartika 2013, h. 26). Hipertensi seringkali disebut sebagai pembunuh gelap (silent killer), karena termasuk penyakit

yang mematikan, tanpa disertai dengan gejala-gejalanya lebih dahulu sebagai peringatan bagi korbanya. Kalaupun muncul, gejala tersebut seringkali dianggap sebagai gangguan biasa, sehingga korbanya terlambat menyadari akan datangnya penyakit (Sustrani, Alam & Hadibroto 2005, h. 1).

Data dari Arsip Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Purbo Yuwono Brebes penyakit yang sedang diderita selama satu tahun terakhir di Unit Rehabilitasi Sosial Lansia Purbo Yuwono Brebes, dari lansia 90, peringkat diagnosa lansia dengan hipertensi pada urutan pertama dengan rincian sebagai berikut : dari 90 lansia diagnosa medis untuk lansia sebagian besar berdiagnosa medis hipertensi yaitu sebanyak 26 lansia (28,6%), kemudian rematik sebanyak 24 lansia (26,4%), asam urat 18 lansia (19,8%), diabetes melitus sebanyak 12 lansia (13,2%), stroke sebanyak 10 lansia (12%).

Dari angka kejadian penyakit hipertensi di atas, maka perlu adanya suatu upaya penanganan dan pencegahan pada penyakit ini guna memperkecil resiko terjadinya komplikasi lebih lanjut serta memperkecil angka kejadian penyakit hipertensi dimasa yang akan datang. Dalam hal ini perawat berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan kepada lansia yang sakit, sebagai pendidik kesehatan dan sebagai fasilitator agar membantu mencari solusi. Hasil observasi yang didapatkan saat penulis melakukan pengkajian PM.Y belum mengetahui penyebab, pencegahan, penatalaksanaan yang tepat serta belum memahami dan melaksanakan pengaturan diet hipertensi, sehingga perlu adanya tindakan keperawatan untuk mencegah terjadinya komplikasi, disisi lain tidak adanya ahli gizi yang berperan dalam pengaturan diet hipertensi, belum adanya pengganti menu secara periodik sesuai penyakit yang diderita, belum dilaksanakan pengukuran tekanan darah secara teratur, belum diberikan pendidikan kesehatan secara teratur tetapi sudah dilaksanakan senam setiap pagi. Kecenderungan yang dilakukan bila mengalami gejala penyakit hipertensi seperti pusing, tengkuk leher kaku adalah dengan membeli obat-obatan diwarung dari pada harus memeriksakan kondisi penyakitnya ke fasilitas kesehatan yang ada.

Melihat dan mencermati dari latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk mengelola pasien dengan hipertensi sebagai asuhan keperawatan dan dijadikan sebagai Karya Tulis Ilmiah dengan judul: “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada PM.Y dengan Gagguan Hipertensi Di Ruang Flamboyan Unit Rehabilitasi Sosial Lansia Purbo Yuwono Brebes”.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan karya tulis ini adalah mampu memberikan asuhan keperawatan pada lanjut usia dengan hipertensi yang benar.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian pada lansia dengan hipertensi, baik secara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi.
- b. Mampu menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan hipertensi pada lansia sesuai dengan keluhan pasien.
- c. Mampu menetapkan rencana keperawatan pada lansia dengan hipertensi sesuai dengan diagnosa keperawatan.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada lansia dengan hipertensi sesuai dengan rencana keperawatan.
- e. Mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah di lakukan pada lansia dengan hipertensi.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi.

### **C. Manfaat**

- a. Manfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan

Diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran dan panduan dalam penanganan pasien dengan hipertensi.

- b. Manfaat bagi profesi keperawatan

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah pengetahuan tentang hipertensi dan mampu mengelola lansia dengan hipertensi serta dapat memberikan tindakan yang terbaik, baik secara promotive, preventive, kurative maupun rehabilitative.

- c. Manfaat bagi penulis

Menambah pengetahuan dan informasi bagi penulis tentang asuhan keperawatan lansia dengan masalah hipertensi selain itu karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat menjadi salah satu cara penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang di peroleh di dalam perkuliahan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Lansia**

##### **1. Pengertian**

Proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup. Menua bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luar tubuh. Walaupun demikian, memang harus diakui bahwa ada berbagai penyakit yang sering menghinggapi kaum lanjut usia. Proses menua sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai usia dewasa, misalnya dengan terjadinya kehilangan jaringan pada otot, susunan syaraf, dan jaringan lain sehingga tubuh “mati” sedikit demi sedikit (Azizah 2011, h. 7).

Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Dengan begitu manusia secara progresif akan kehilangan daya tahan terhadap infeksi dan akan menumpuk makin banyak struktural yang disebut sebagai “penyakit degeneratif ) seperti hipertensi, diabetes dan kanker) (Darmojo 2011, hh. 3-4).

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami

kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat (Nugroho 2008, h. 11).

Berdasarkan pengertian diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua.

## **2. Teori-teori proses menua**

Menurut Lilik Ma'rifatul (2011), teori penuaan secara umum dapat dibedakan menjadi dua yaitu teori penuaan secara biologi dan teori psikologi.

### **a. Teori Biologi**

#### **1) Teori Seluler**

Kemampuan sel hanya dapat membelah dalam jumlah tertentu dan kebanyakan sel-sel tubuh “diprogram” untuk membelah 50 kali. Jika sebuah sel pada lansia dilepas dari tubuh dan dibiakkan di laboratorium, lalu diobservasi, jumlah sel-sel yang akan membelah, jumlah sel yang akan membelah akan terlihat sedikit (Spence & Masson dalam Watson, 1992). Hal ini akan memberikan beberapa pengertian terhadap proses penuaan biologis dan menunjukkan bahwa pembelahan sel lebih lanjut mungkin terjadi untuk pertumbuhan dan perbaikan jaringan, sesuai dengan berkurangnya umur.

Pada beberapa sistem, seperti sistem saraf, sistem muskuloskeletal dan jantung, sel pada jaringan dan organ dalam sistem itu tidak dapat diganti jika sel tersebut dibuang karena rusak atau mati. Oleh karena itu, sistem tersebut beresiko mengalami proses penuaan dan mempunyai

kemampuan yang sedikit atau tidak sama sekali untuk tumbuh dan memperbaiki diri. Ternyata sepanjang kehidupan ini, sel pada sistem tubuh kita cenderung mengalami kerusakan dan akhirnya sel akan mati, dengan konsekuensi yang buruk karena sistem sel tidak dapat diganti.

## 2) Teori "*Genetic Clock*"

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Tiap species mempunyai didalam *nuclei* (inti selnya) suatu jam genetik yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak berputar, jadi menurut konsep ini bila jam kita akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir yang katastrofal.

Konsep *genetic clock* didukung oleh kenyataan bahwa ini merupakan cara menerangkan mengapa pada beberapa species terlihat adanya perbedaan harapan hidup yang nyata. (misalnya manusia; 116 tahun, beruang; 47 tahun, kucing 40 tahun, anjing 27 tahun, sapi 20 tahun). Secara teoritis dapat dimungkinkan memutar jam ini lagi meski hanya untuk beberapa waktu dengan pengaruh-pengaruh dari luar, berupa peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit atau tindakan-tindakan tertentu.

## 3) Sintesi Protein (kolagen dan elastin)

Jaringan seperti kulit dan kartilago kehilangan elastisitasnya pada lansia. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tersebut. Pada lansia beberapa protein (kolagen dan kartilago, dan elastin pada kulit) dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur yang berbeda dari protein yang lebih muda.



#### 4) Keracunan Oksigen

Teori tentang adanya sejumlah penurunan kemampuan sel didalam tubuh untuk mempertahankan diri dari oksigen yang mengandung zat racun dengan kadar yang tinggi, tanpa mekanisme pertahan diri tertentu.

Membran sel tersebut merupakan alat untuk memfasilitasi sel dalam berkomunikasi dengan lingkungannya yang juga mengontrol proses pengambilan nutrien dengan proses ekskresi zat toksik di dalam tubuh. Fungsi komponen protein pada membran sel yang sangat penting bagi proses diatas, dipengaruhi oleh rigiditas membran tersebut.

#### 5) Sistem Imun

Kemampuan sitem imun mengalami kemunduran pada masa penuaan. Walaupun demikian, kemunduran kemampuan sistem yang terdiri dari sistem limfatik dan khususnya sel darah putih, juga merupakan faktor yang berkontribusi dalam proses penuaan.

#### 6) Mutasi Somatik (teori *Error Catastrophe*)

Sekarang sudah umum diketahui bahwa radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur, sebaliknya menghindari terkenanya radiasi atau tercemar zat kimia yang bersifat karsinogenik atau toksik dapat memperpanjang umur. Menurut teori terjadinya mutasi yang progresif pada DNA sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

#### 7) Teori Menua Akibat Metabolisme

Menurut MC Kay et all (1935) yang dikutip Darmojo dan Martono (2004), pengangguran “intake” kalori pada rodentia muda akan menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur. Perpanjangan umur karena jumlah kalori tersebut antara lain disebabkan karena menurunnya salah

satu atau beberapa proses metabolisme. Terjadi penurunan pengeluaran hormon yang merangsang proliferasi sel misalnya insulin dan hormon pertumbuhan.

#### 8) Kerusakan Akibat Radikal Bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas, dan di dalam tubuh di *fagosit* (pecah), dan sebagai produk sampingan di dalam rantai pernafasan di dalam mitokondria. Untuk organisme aerobik radikal bebas terutama terbentuk pada waktu respirasi (aerob) di dalam mitokondria. Karena 90% oksigen yang diambil tubuh termasuk di dalam mitokondria.

#### b. Teori Psikologis

##### 1) Aktivitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

Seseorang yang dimasa mudanya aktif dan terus memelihara keaktifannya setelah menua. *Sense of integrity* yang dibangun dimasa mudanya tetap terpelihara sampai tua.

##### 2) Kepribadian Berlanjut (*Continuity Theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. *Identity* pada lansia yang sudah mantap memudahkan dalam memelihara hubungan dengan masyarakat, melibatkan diri dengan masalah di masyarakat, keluarga dan hubungan interpersonal. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe *personality* yang dimilikinya.

##### 3) Teori Pembahasan (*Disengagement Theory*)

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu lainnya. Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara perlahan tetapi pasti mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas

maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loos*), yakni:

- a) Kehilangan peran (*Loos Of Role*).
- b) Hambatan kontak sosial (*Restriction of Contacts and relationship*).
- c) Berkurangnya komitmen (*reduced commitment to social mores and values*).

### **3. Mitos-Mitos Lansia**

#### **a. Kedamaian dan ketenangan**

Lanjut usia dapat snatai menikmati hasil kerja dan jerih payahnya di masa muda dan dewasanya, badai dan berbagai goncangan kehidupan seakan-seakan sudah berhasil dilewati.

Kenyataan:

- 1) Sering ditemui stres karena kemiskinan dan berbagai keluhan serta penderitaan karena penyakit.
- 2) Depresi.
- 3) Kekhawatiran.
- 4) Paranoid.
- 5) Masalah psikotik.

#### **b. Mitos konservatisme dan kemunduran**

Pandangan bahwa lanjut usia pada umumnya:

- 1) Konservatif.
- 2) Tidak kreatif.
- 3) Menolak inovasi.
- 4) Berorientasi ke masa silam.
- 5) Merindukan masa lalu.
- 6) Kembali ke masa kanak-kanak.
- 7) Susah berubah.
- 8) Keras kepala.
- 9) Cerewet.

Kenyataannya:

Tidak semua lanjut usia bersikap dan berpikiran demikian.

c. Mitos berpenyakitan

Lanjut usia dipandang sebagai masa degenerasi biologis, yang disertai oleh berbagai penderitaan akibat bermacam penyakit yang menyertai proses menua (lanjut usia merupakan masa berpenyakitan dan kemunduran).

Kenyataan:

- 1) Memang proses penuaan disertai dengan menurunnya daya tahan tubuh dan metabolisme, sehingga rawan terhadap penyakit.
- 2) Tetapi banyak penyakit yang masa sekarang dapat dikontrol dan diobati.

d. Mitos senilitas

Lanjut usia dipandang sebagai masa pikun yang disebabkan oleh kerusakan bagian otak (banyak yang tetap sehat dan bugar). Banyak cara untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan daya ingat.

e. Mitos tidak jatuh cinta

Lanjut usia tidak lagi jatuh cinta dan gairah pada lawan jenis tidak ada.

Kenyataan:

Perasaan cemas dan emosi setiap orang berubah sepanjang masa. Perasaan cinta tidak berhenti hanya karena menjadi lanjut usia.

f. Mitos asexualitas

Ada pandangan bahwa lanjut usia, hubungan seks itu menurun, minat, dorongan, gairah, kebutuhan dan daya seks berkurang.

Kenyataan:

Menunjukkan bahwa kehidupan seks pada lanjut usia normal saja. Memang frekuensi hubungan seksual menurun, sejalan dengan meningkatnya usia, tetapi masih tetap tinggi.

g. Mitos ketidakproduktifan

Lanjut usia dipandang sebagai usia tidak produktif.

Kenyataan:

Tidak demikian, banyak lanjut usia yang mencapai kematangan, kemantapan dan produktifitas mental dan material

(Azizah 2011, hh. 5-6).

#### **4. Tipe-tipe Lanjut Usia**

Menurut Lilik Ma'rifatul (2011), tipe-tipe lanjut usia adalah :

a. Tipe arif bijaksana

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

b. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan-kegiatan yang hilang dengan kegiatan-kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

c. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses ketuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmaniyah, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik.

d. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis gelap datang terang, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.

e. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, mental, sosial dan ekonominya.

Tipe ini antara lain:

- 1) Tipe optimis
- 2) Tipe konstruktif
- 3) Tipe ketergantungan (*dependent*)
- 4) Tipe defensif
- 5) Tipe militan dan serius
- 6) Tipe marah atau frustrasi (*the angry man*)
- 7) Tipe putus asa (benci pada diri sendiri) atau *self heating man*.

## 5. Batasan Lanjut Usia

WHO (1999) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis / biologis menjadi 4 kelompok yaitu usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60 dan 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun. Sedangkan menurut Nugroho (2000) menyimpulkan pembagian umur berdasarkan pendapat beberapa ahli, bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun ke atas (Azizah 2011, h. 2).

Menurut Prof. Dr. Koesmanto Setyonegoro, lanjut usia dikelompokkan menjadi usia dewasa muda (*elderly adulthood*) 18 atau 20-25 tahun, usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas 25-60 tahun atau 65 tahun, lanjut usia (*geriatric age*) lebih dari 65 tahun atau 70 tahun yang dibagi lagi dengan 70-75 tahun (*young old*), 75-80 tahun (*old*), lebih dari 80 (*very old*) (Azizah 2011, h. 2).

Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1 seorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun. Tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan

menerima nafkah dari orang lain. UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia bahwa lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas (Azizah 2011, h. 2).

## **6. Perubahan-perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia**

Menurut Lilik Ma'rifatul (2011), semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, persaan, sosial, dan seksual.

### **a. Perubahan fisik**

#### **1) Sistem Indra**

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

Sistem pendengaran; presbiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 60 tahun.

Sistem integumen; pada lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan *atrofi glandula sebacea* dan *glandula sudoritera*, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*. Perubahan kulit lebih banyak dipengaruhi oleh faktor lingkungan antara lain angin dan matahari, terutama sinar ultra violet.

## 2) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia antara lain sebagai berikut:

- a) Jaringan penghubung (kolagen dan elastin). Kolagen sebagai pendukung utama pada kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.
- b) Kartilago. Jaringan kartilago pada persendian lunak dan mengalami granulasi dan akhirnya permukaan sendi menjadi rata, kemudian kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan.  
Tulang. Berkurangnya kepadatan tulang setelah diobservasi adalah bagian dari penuaan fisiologis trabekula longitudinal menjadi tipis dan trabekula transversal terabsorpsi kembali.
- c) Otot. Perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.
- d) Sendi. Pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fascia mengalami penurunan elastisitas.

## 3) Sistem Kardiovaskuler dan Respirasi

Perubahan sistem kardiovaskuler dan respirasi mencakup:

### a) Sistem kardiovaskuler

Massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan perenggangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan



lipofusin dan klasifikasi SA nude dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

b) Sistem respirasi

Pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang rugi paru, udara yang mengalir ke paru berkurang.

4) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem perencanaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata. Kehilangan gigi: penyebab utama adalah Periodontal disease yang bisa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk. Indra pengecap menurun; adanya iritasi yang kronis, dari selaput lendir, atrofi indera pengecap (80%), hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa tentang rasa asin, asam dan pahit. Pada lambung, rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun. Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi. Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu). Liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

Kondisi ini secara normal, tidak ada konsekuensinya yang nyata, tetapi menimbulkan efek yang merugikan ketika diobat. Pada usia lanjut, obat-obatan dimetabolisme dalam jumlah yang sedikit. Pada lansia perlu diketahui kecenderungan terjadinya peningkatan efek samping, overdosis, dan reaksi yang merugikan dari obat. Oleh karena itu, meski tidak seperti biasanya, dosis obat yang diberikan kepada lansia lebih kecil dari dewasa.

#### 5) Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal. Hal ini akan memberikan efek dalam pemberian obat pada lansia. Mereka kehilangan kemampuan untuk mengekskresikan obat atau produk metabolisme obat.

#### 6) Sistem Saraf

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

#### 7) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur. Dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik), yaitu dengan kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia.

### b. Perubahan Kognitif

#### 1) *Memory* (daya ingat, ingatan)

Daya ingat adalah kemampuan untuk menerima, mencamkan, menyimpan dan menghadirkan kembali rangsangan atau peristiwa yang pernah dialami seseorang. Pada lanjut usia, daya ingat (*memory*) merupakan salah satu fungsi

kognitif yang sering kali paling awal mengalami penurunan. Ingatan jangka panjang (*long term memory*) kurang mengalami perubahan, sedangkan ingatan jangka pendek (*short term memory*) atau seketika 0-10 menit memburuk.

2) IQ (*Intellegent Quocient*)

Lansia tidak mengalami perubahan dengan informasi matematika (analitis, linier, sekuensial) dan perkataan verbal. Tetapi persepsi dan daya membayangkan (fantasi) menurun. Walaupun mengalami kontroversi, tes intelegensia kurang memperlihatkan adanya penurunan kecerdasan pada lansia.

3) Kemampuan Belajar (*learning*)

Lanjut usia yang sehat dan tidak mengalami demensia masih memiliki kemampuan belajar yang baik, bahkan dinegara industri maju didirikan *university of the third age*. Hal ini sesuai dengan prinsip belajar seumur hidup (*life-long lerning*), bahwa manusia itu memiliki kemampuan untuk belajar sejak dilahirkan sampai akhir hayat.

4) Kemampuan Pemahaman (*comprehensif*)

Kemampuan pemahaman atau menangkap pengertian pada lansia mengalami penurunan. Hali ini dipengaruhi oleh konsentrasi dan fungsi pendengaranya lansia yang mengalami penurunan. Dalam pelayanan terhadap lanjut usia agar tidak timbul salah paham sebaiknya dalam berkomunikasi dilakukan kontak mata (saling memandang).

5) Pemecahan masalah (*Problem Solving*)

Pada lanjut usia masalah-masalah yang dihadapi tentu semakin banyak. Banyak hal yang dahulunya dengan mudah dapat dipecahkan menjadi terhambat karena terjadi penurunan fungsi indra pada lanjut usia. Hambatan yang lain dapat berasal dari penurunan daya ingat, pemahaman dan lain-lain, yang berakibat bahwa pemecahan masalah menjadi lebih lama.

6) Pengambilan Keputusan (*Decision Making*)

Pengambilan keputusan termasuk dalam proses pemecahan masalah. Pengambilan keputusan pada umumnya berdasarkan data yang terkumpul, kemudian di analisa, dipertimbangkan dan dipilih alternatif yang dinilai positif (menguntungkan) kemudian diambil suatu keputusan. Pengambilan keputusan pada lanjut usia sering lambat atau seolah-olah terjadi penundaan.

7) Kebijaksanaan (*Wisdom*)

Bijaksana adalah aspek kepribadian dan kombinasi dari aspek kognitif. Kebijaksanaan menggambarkan sifat dan sikap individu yang mampu mempertimbangkan antara baik dan buruk serta untung ruginya sehingga dapat bertindak secara adil atau bijaksana.

8) Kinerja (*Performance*)

Pada lanjut usia memang akan terlihat penurunan kinerja baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Perubahan *performance* yang membutuhkan kecepatan dan waktu mengalami penurunan. Penurunan itu bersifat wajar sesuai perubahan organ-organ biologis ataupun perubahan yang sifatnya patologis. Dalam pelayanan kesehatan jiwa lanjut usia, mereka perlu diberikan latihan-latihan keterampilan untuk tetap mempertahankan kinerja.

9) Motivasi

Motivasi adalah fenomena kejiwaan yang mendorong seseorang untuk bertindak laku demi mencapai sesuatu yang diinginkan atau yang dituntut oleh lingkungannya.

c. Perubahan Spiritual

Spiritualisme pada lansia bersifat universal, intrinsik dan merupakan proses individual yang berkembang sepanjang rentang kehidupan. Karena aliran siklus kehilangan terdapat pada

kehidupan lansia, keseimbangan hidup tersebut dipertahankan sebagian oleh efek positif harapan dari kehilangan tersebut.

d. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial yang dialaminya oleh lansia antara lain:

1) Pensiun

Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan dikaitkan dengan peran dalam pekerjaan. Hilangnya kontak sosial dari area pekerjaan membuat seseorang lansia pensiunan merasakan kekosongan, orang tersebut secara tiba-tiba dapat merasakan begitu banyak waktu luang yang ada di rumah disertai dengan sedikitnya hal-hal yang dapat dijalani.

2) Perubahan Aspek Kepribadian

Pada umumnya setelah orang memasuki lansia maka ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi semakin lambat.

3) Perubahan Dalam Peran Sosial di Masyarakat

Akibat berkurangnya fungsi indra penglihatan, pendengaran, gerak fisik dan sebagainya maka muncul gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia misalnya badanya menjadi bungkuk, pendengaran sangat berkurang penglihatan kabur dan sebagainya sehingga sering menimbulkan keterasingan.

4) Perubahan Minat

Lanjut usia juga mengalami perubahan dalam minat. Pertama minat terhadap diri makin bertambah. Kedua minat terhadap penampilan semakin berkurang. Ketiga minat terhadap uang semakin meningkat, terakhir kebutuhan terhadap kegiatan rekreasi tak berubah hanya cenderung menyempit.

e. **Penurunan Fungsi dan Potensial Seksual**

Penurunan fungsi dan potensial seksual pada lanjut usia sering kali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik, seperti gangguan jantung, gangguan metabolisme (misal diabetes melitus), vaginitis dan baru selesai operasi prostatektomi. Pada wanita mungkin ada kaitannya dengan masa menopause, yang berarti fungsi seksual mengalami penurunan karena sudah tidak produktif walaupun sebenarnya tidak harus begitu, karena kebutuhan biologis selama orang masih sehat dan masih memerlukan tidak salahnya bila dijalankan terus secara wajar dan teratur tanpa mengganggu kesehatannya.

**B. Konsep Hipertensi**

**1. Pengertian**

Penyakit Hipertensi merupakan gejala peningkatan tekanan darah yang kemudian berpengaruh pada organ lain, seperti stroke untuk otak atau penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan otak jantung (Ardiansyah 2012, h. 54). Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar risikonya (Nuratif & Kusuma 2015, h. 102).

Hipertensi dicirikan dengan peningkatan tekanan darah diastolik atau sistolik yang intermiten atau menetap. Pengukuran tekanan darah serial 150/95 mmHg atau lebih tinggi pada orang yang berusia di atas 50 tahun memastikan hipertensi. Insiden hipertensi meningkat seiring dengan penambahan usia. Pada lansia, hipertensi umumnya akibat dari vasokonstriksi terkait dengan penuaan, yang menyebabkan resistansi perifer (Stockslager 2007, h. 208).

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi, yang dibawa oleh darah, terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Tubuh akan bereaksi lapar, yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Bila kondisi tersebut berlangsung lama dan menetap, timbullah gejala yang disebut penyakit tekanan darah tinggi (Sustrani, Alam & Hadibroto 2005, h. 1).

Berdasarkan pengertian diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah yang menetap yang pengukuran tekanan darah serial 150/95 mmHg dan bisa berpengaruh pada organ lain seperti stroke dan penyakit jantung koroner.

## **2. Etiologi**

Menurut Nurarif & Kusuma (2013), hipertensi pada lanjut usia dibedakan atas :

- a. Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
- b. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

- a. Elastisitas dinding aorta menurun.
- b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku.
- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.

d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah

Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.

e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

### 3. Patofisiologi

Dimulai dengan penyempitan dan kekakuan pembuluh darah, gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang berlanjut dengan kekakuan pembuluh darah. kekakuan pembuluh darah disertai dengan penyempitan yang menghambat gangguan peredaran darah perifer. Kekakuan dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang akhirnya dekomposisi dengan peningkatan upaya pemompaan jantung yang memberikan gambaran peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi.

Tekanan darah tinggi bisa ditemui pada pasien yang sudah berusia lanjut (lansia). Hal ini erat hubungannya dengan proses menua pada seseorang. Di sini terjadi perubahan berupa berkurangnya elastisitas pembuluh darah, sehingga terjadi kekakuan pembuluh darah. Keadaan ini diperberat dengan terjadinya penimbunan lemak di lapisan dalam pembuluh darah. Tekanan darah tinggi pada orang lansia yang sering tampak adalah bagian sistol, atau yang terekam paling atas dari alat pengukur tekanan darah.

Hipertensi pada lanjut usia sebagian besar merupakan hipertensi sistolik terisolasi, dan pada umumnya merupakan hipertensi primer. Adanya hipertensi, baik hipertensi sistolik terisolasi maupun kombinasi sistolik dan diastolik merupakan faktor risiko morbiditas dan mortalitas untuk orang lanjut usia (repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/31642/5/Chapter II.pdf diakses pada tanggal 20 juni 2016 jam 14:10 WIB).



#### 4. Klasifikasi Hipertensi

##### a. Klasifikasi berdasarkan etiologi

1) Hipertensi Esensial (Primer) merupakan 90% dari kasus penderita. Dimana sampai saat ini belum diketahui secara pasti. beberapa faktor yang berpengaruh dalam terjadinya hipertensi esensial, seperti : faktor genetik, stress dan psikologis, serta faktor lingkungan dan diet (peningkatan penggunaan garam dan kalsium). Peningkatan tekanan darah tinggi tidak jarang merupakan satu-satunya tanda hipertensi primer. Umumnya gejala baru terlihat setelah terjadi komplikasi pada organ target seperti ginjal, otak dan jantung.

##### 2) Hipertensi sekunder

Pada hipertensi sekunder, penyebab dan patofisiologi dapat diketahui dengan jelas sehingga lebih mudah untuk dikendalikan dengan obat-obatan. Penyebab hipertensi sekunder di antaranya berupa kelainan ginjal seperti tumor, diabetes, kelainan endokrin seperti diabetes dan pemakaian obat seperti kontrasepsi (pil KB).

##### b. Klasifikasi berdasarkan derajat hipertensi

##### 1) Berdasarkan JNC VII :

Derajat	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	Dan < 80
Pre-hipertensi	120-139	Atau 80-89
Hipertensi derajat I	140-159	Atau 90-99
Hipertensi derajat II	$\geq 160$	Atau $\geq 100$

2) Menurut European Society of Cardiology :

Kategori	TDD (mmHg)		TDS (mmHg)
Optimal	< 120	dan	< 80
Normal	120 - 129	dan/atau	80 – 84
Normal tinggi	130 - 139	dan/atau	85 – 89
Hipertensi derajat 1 (ringan)	140 - 159	dan/atau	90 – 99
Hipertensi derajat II (sedang)	160-179	san/atau	100-109
Hipertensi derajat III (berat)	$\geq 180$	dan/atau	$\geq 110$
Hipertensi sistolik terisolasi	$\geq 190$	dan	> 90

(Wijaya & Putri 2013, hh. 52-53).

## 5. Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif & Kusuma (2013), tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

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.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

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

Menurut Stockslager (2007), Tanda dan Gejalanyayaitu :

- a. Tidak ada atau gejala sampai penyakit ditemukan selama evaluasi masalah yang lainnya.
- b. Terbangun dengan sakit kepala pada bagian oksipital, yang berkurang secara spontan setelah beberapa jam, gejala biasanya terkait dengan hipertensi berat.
- c. Pusing
- d. Kehilangan ingatan
- e. Palpitasi
- f. Keletihan
- g. Impotensi

Dengan keterlibatan vaskuler :

- a. Perdarahan hidung
- b. Urine berdarah
- c. Kelemahan

- d. Penglihatan kabur
- e. Nyeri dada dan dispnea, yang dapat menandakan keterlibatan jantung
- f. Tremor lambat
- g. Mual
- h. Muntah
- i. Peningkatan tekanan darah diastolik ketika orang tersebut mengubah posisi dari duduk menjadi berdiri (yang menandakan hipertensi esensial)
- j. Penurunan tekanan darah dengan perubahan dari posisi duduk ke berdiri (menandakan hipertensi sekunder)
- k. Edema perifer, pada tahap lanjut ketika gagal jantung
- l. Hemoragi, eksudat, dan edema papil menunjukkan evaluasi oftalmoskopik pada tahap lanjut (jika retinopati hipertensi terjadi)
- m. Stenosis atau oklusi, yang dideteksi selama auskultasi arteri klotris untuk bising arteri
- n. Bising abdomen, terdengar tepat di garis tengah umbilikus kanan atau kiri, atau pada pinggang jika terdapat stenosis arteri ginjal, juga terdengar bising di atas aorta abdomen dan arteri femoralis.

## **6. Pemeriksaan Diagnostik**

- a. Urinalisis dapat memperlihatkan protein, sel darah merah, atau sel darah putih, yang menunjukkan adanya penyakit ginjal, atau glukosa, yang menunjukkan diabetes melitus.
- b. Urografi ekskretorik dapat memperlihatkan atrofi ginjal, yang menandakan penyakit ginjal kronis. Satu ginjal, yang lebih pendek 1,5 cm dari ginjal yang lainnya menunjukkan penyakit ginjal unilateral.
- c. Pemeriksaan darah menunjukkan kadar kalium serum di bawah 3,5 mEq/L dapat menandakan adanya disfungsi adrenal (khususnya hiperadosteronisme). Kadar nitrogen urea darah yang normal atau

meningkat sampai lebih dari 20 mg/dl dan kadar kreatinin serum yang normal atau meningkat sampai lebih dari 1,5 mg/dl menunjukkan adanya penyakit ginjal.

- d. Elektrokardiografi dapat menunjukkan adanya hipertrofi ventrikular kiri atau iskemia.
- e. Sinar-X dada dapat memperlihatkan adanya kardiomegali.
- f. Oftalmoskopi memperlihatkan penorehan arteriovenosa dan pada edema enselopati hipertensif.
- g. Oral captopril challenge dapat dilalukan untuk memeriksa hipertensi renovaskular. Pemeriksaan fungsional yang bersifat diagnostik ini bergantung pada hambatan tiba-tiba pada sirkulasi angiotensin II oleh inhibitor enzim pengubah angiotensin, yang memindahkan sokongan mayor untuk perfusi melalui ginjal yang mengalami stenosis. Ginjal yang iskemik secara tiba-tiba melepaskan renin dan memperlihatkan penurunan nyata pada laju filtrasi glomerulus dan aliran darah ginjal.
- h. Arteriografi ginjal dapat menunjukkan stenosis arteri ginjal

(stockslager 2007, hh. 210).

## **7. Penatalaksanaan**

Menurut Ardiansyah (2012), penatalaksanaan pada hipertensi adalah :

### **a. Farmakologi**

Terapi obat pada penderita hipertensi dimulai dengan salah satu obat berikut :

- 1) Hidroklorotiazid (HCT) 12,5-25 mg per hari dengan dosis tunggal pada pagi hari (pada hipertensi dalam kehamilan, hanya digunakan bila disertai hemokonsentrasi/edema paru).
- 2) Reserpin 0,1-0,25 mg sehari sebagai dosis tunggal.

- 3) Propanolol mulai dari 10 mg dua kali sehari yang dapat dinaikkan 20 mg dua kali sehari (kontraindikasi untuk penderita asma).
- 4) Kaptopril 12,5-25 mg sebanyak dua sampai tiga kali sehari (kontraindikasi pada kehamilan selama janin hidup dan penderita asma).
- 5) Nifedipin mulai dari 5 mg dua kali sehari, bisa dinaikkan 10 mg dua kali sehari.

b. Nonfarmakologi

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 asupan kalsium, magnesium, dan kalium yang cukup)
- 4) Mengurangi konsumsi alkohol
- 5) Berhenti merokok
- 6) Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat (penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali).

## **8. Komplikasi**

1) Otak

Komplikasi hipertensi pada otak dapat menimbulkan resiko stroke. Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan dua jenis stroke, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik terjadi karena arteri di otak terganggu, otak menjadi kekurangan oksigen dan nutrisi. Sedangkan stroke hemoragik adalah pembuluh darah di

otak pecah, hal ini disebabkan akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak.

## 2) Jantung

Tekanan darah tinggi dapat menimbulkan terjadinya gagal jantung. Pada penderita hipertensi beban jantung akan meningkat, otot jantung akan menyesuaikan sehingga terjadi pembesaran jantung dan semakin lama otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitas yang disebut dikompensasi akibat jantung tidak mampu memompa dan menampung darah dari paru, sehingga banyak cairan tertahan di paru maupun di jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak nafas dan oedem kondisi ini disebut gagal jantung.

## 3) Ginjal

Tekanan darah tinggi juga menyebabkan kerusakan ginjal, tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan di dalam ginjal akibatnya lambat laun ginjal tidak mampu membuang zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan di dalam tubuh kondisi ini disebut gagal ginjal.

(Corwin 2009, hh. 487-488).

# C. Konsep Asuhan Keperawatan

## 1. Pengkajian

Pada pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, biasanya didapat adanya riwayat peningkatan tekanan darah, adanya riwayat keluarga dengan penyakit yang sama, dan riwayat minum obat antihipertensi.

### a. Dasar-dasar Pengkajian

#### 1) Aktivitas/istirahat

- a) Gejala : kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup monoton.

- b) Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

2) Sirkulasi

- a) Gejala : riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner, dan penyakit serebrovaskuler.
- b) Tanda : kenaikan tekanan darah diperlukan untuk menegaskan diagnosis.
- c) Nadi : denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, perbedaan denyut seperti denyut femoral melambat sebagai kompensasi denyutan radialis/brachialis tidak teraba atau lemah.
- d) Denyut apical : PMI kemungkinan bergeser atau sangat kuat.
- e) Frekuensi/irama : takikardi, berbagai disritmia.
- f) Bunyi jantung : terdengar S2 pada dasar, S3 dan S4 (pengeseran ventrikel kiri/hipertrofi ventrikel kiri).
- g) Murmur stenosis valvular.
- h) Desiran vaskular terdengar di atas karotis, vasmolis, atau epigastrium.
- i) DVJ (distensi vena jugularis dan kongesti vena).
- j) Ekstremitas : perubahan warna kulit, suhu dingin, pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda.
- k) Kulit pucat, sianosis, dan diaphoresis. Biasanya kulit juga berwarna kemerahan.

b. Integritas Ego

- 1) Gejala : riwayat kepribadian, ansietas, depresi, euporia, atau marakronik (dapat mengindikasikan kerusakan serebral).
- 2) Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinuitas perhatian, tangisan yang meledak, gerak tangan empati, otot muka tegang, gerakan fisik cepat.



c. Eliminasi

Gejala : adanya gangguan ginjal saat ini atau yang terlalu, seperti infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa lalu.

d. Makanan/cairan

1) Gejala

- a) Makanan yang disukai dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol, gula-gula yang berwarna hitam, kandungan tinggi kalori.
- b) Mual dan muntah.
- c) Perubahan berat badan.
- d) Riwayat gangguan obat diuretik.

2) Tanda

- a) Berat badan normal, bisa juga mengalami obesitas.
- b) Adanya edema.

e. Neurosensori

- 1) Gejala : keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilat secara spontan setelah beberapa jam).

f. Hipertensi

1) Gejala

- a) Episode kebas atau kelemahan pada satu sisi tubuh.
- b) Gangguan penglihatan (penglihatan kabur, diplopia).
- c) Episode epistaksis.

2) Tanda

- a) Status mental : perubahan keterjagaan, orientasi, pola atau isi bicara, afek, proses pikir, atau memori.
- b) Respons motorik : penurunan kekuatan genggam tangan atau reflek tenon dalam.

g. Nyeri/ketidaknyamanan

- 1) Angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung).
- 2) Nyeri hilang timbul pada tungkai atau klaudikasi.

3) Sakit kepala oksipital berat, seperti yang pernah terjadi sebelumnya.

4) Nyeri abdomen/massa.

h. Pernapasan

Secara umum, gangguan ini berhubungan dengan efek kardiopulmonal, tahap lanjut dari hipertensi menetap/berat.

1) Gejala

- a) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja.
- b) Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksimal.
- c) Batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum.
- d) Riwayat merokok.

2) Tanda

- a) Distres respirasi/penggunaan oto aksesoris pernapasan.
- b) Bunyi napas tambahan (krakles/mengi)
- c) Sianosis

i. Keamanan

- 1) Gangguan koordinasi/cara berjalan
- 2) Episode parestesia unilateral transient.
- 3) Hipotensi postural.

j. Pembelajaran/penyuluhan

- 1) Faktor-faktor risiko keluarga, seperti hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung, diabetes melitus.
- 2) Faktor-faktor risiko etnik, seperti orang afrika-amerika, asia tenggara.
- 3) Penggunaan pil KB atau hormon lain dan penggunaan obat/alkohol.

(Ardiansyah 2012, hh. 71-78).

## 2. Diagnosis keperawatan dan intervensi

a. Risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung yang berhubungan dengan peningkatan beban kerja jantung, vasokonstriksi, iskemia miokardia, hipertrofi/rigiditas (kekakuan) ventrikuler.

1) Tujuan : beban kerja jantung tidak meningkat, tidak terjadi vasokonstriksi, tidak terjadi iskemia miokardia, dan tidak terjadi hipertrofi/rigiditas (kekakuan) ventrikuler.

2) Kriteria hasil :

a) Pasien berpartisipasi dalam aktivitas yang dapat menurunkan tekanan darah.

b) Mempertahankan tekanan darah dalam rentang individu yang dapat diterima.

c) Irama dan denyut jantung dalam batas normal.

Tindakan/Intervensi	Rasional
Mandiri	
Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan atau paha untuk evaluasi awal. Gunakan ukuran manset yang tepat dan teknik yang akurat.	Perbandingan tekanan memberikan gambaran yang lengkap tentang keterlibatan vaskuler. Hipertensi sistolik merupakan faktor risiko penyakit serebrovaskular dan iskemia jantung bila tekanan diastolik 90-115 mmHg.
Cacatan keberadaan, kualitas denyutan sentral, dan perifer.	Denyutan karotis, jugularis, radialis dan femoralis mungkin teramati. Denyut pada tungkai mungkin menurun, yang mencerminkan efek

	dari vasokonstriksi dan kongesti vena.
Auskultasi (mendengarkan bunyi atau suara dari tubuh pasien) pada tonus jantung dan bunyi nafas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S4 umum terdengar pada pasien hipertensi berat karena adanya hipertrofi atrium (peningkatan volume/tekanan atrium).</li> <li>- Perkembangan S3 menunjukkan hipertrofi ventrikel dan kerusakan fungsi. Adanya crackles dan mengi dapat mengindikasikan kongesti paru sekunder terhadap terjadinya gagal jantung kronis.</li> </ul>
Amati warna kulit, kelembaban suhu, dan masa pengisian kapiler.	Adanya pucat, dingin, kulit lembab dan masa pengisian kapiler lambat, mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi atau mencerminkan dekompensasi atau penurunan curah jantung.
Catat edema umum/tertentu	Dapat mengindikasikan gagal jantung, kerusakan ginjal, atau vaskuler.
Berikan lingkungan yang tenang, nyaman, kurangi aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung dan lama tinggal.	Membantu untuk menurunkan rangsangan simpatis dan meningkatkan relaksasi.

Batasi aktivitas, seperti istirahat di tempat tidur/kursi, istirahat yang tanpa gangguan, membantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan.	Menurunkan stres dan ketegangan yang mempengaruhi tekanan darah dan perjalanan penyakit hipertensi.
Lakukan tindakan-tindakan yang nyaman, seperti pijatan punggung dan leher atau meninggikan kepala tempat tidur.	Mengurangi ketidaknyamanan dan dapat menurunkan rangsangan simpatis.
Anjurkan teknik relaksasi, panduan imajinasi, dan aktivitas penglihatan.	Dapat menurunkan rangsangan yang menimbulkan stres dan membuat efek tenang, sehingga akan menurunkan tekanan darah.
Pantau respon terhadap obat untuk mengontrol tekanan darah.	Respon terhadap terapi obat adalah secara bertahap tergantung pada individu dan efek sinergis obat. Karena efek samping tersebut, maka penting untuk menggunakan obat dalam jumlah paling sedikit dan dosis paling rendah.
Kolaborasi:	

Berikan obat-obat sesuai indikasi	
Diuretik tiazid, misalnya kloritiazid (diuril), hidroklorotiazid (esidrix/hidrodiuril).	Untuk menurunkan tekanan darah pada pasien dengan fungsi ginjal yang relatif normal. Tipe obat diuretik ini memperkuat agen-agen antihipertensif lain dengan membatasi retensi cairan.
Diuretik loop misalnya furosemid (lasix); asam etakrinic (edecrin), bumetanid (burmex).	Obat ini menimbulkan diuresis kuat dengan menghambat resorpsi natrium dan klorida serta merupakan antihipertensif yang efektif, khususnya pada pasien yang resisten terhadap tiazid atau mengalami kerusakan ginjal.
Deuritik hemat kalium, misalnya spinolakton (aldectone), triamterene (dyrenium), amiloride (midamor).	Dapat diberikan dalam kombinasi dengan diuretik tiazid untuk meminimalkan kehilangan kalium.
Inhibitor simpatis, misalnya propanolol (inderal), metaprolol (lopressor), atenolol (tenormin) nadolol (corgard)	Kerja khusus obat ini bervariasi, tetapi secara umum digunakan untuk menurunkan tekanan darah melalui efek kombinasi penurunan tahanan total perifer, menurunkan curah jantung, menghambat aktivitas

	simpatis, dan menekan pelepasan renin.
Vasodilator, misalnya minoksidil(Ioniten) hidralazin (apresolin). Obat emblokir saluran kalsium, misalnya nifedipin (procardia) dan verapamil (calan).	Obat jenis ini mungkin diperlukan untuk mengobati hipertensi berat bila kombinasi obat jenis diuretic dan inhibitor simpatis tidak berhasil mengontrol tekanan darah. Vasolidasi vaskuler jantung sehat dan meningkatkan aliran darah koroner keuntungan sekunder dari terapi vasodilator.

b. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelemahan umum, seperti terjadinya ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

1) Ditandai dengan :

- a) Mengungkapkan dengan verbal tentang kelelahan dan kelemahan.
- b) Frekuensi nadi dan tekanan darah abnormal sebagai respon terhadap aktivitas.
- c) Rasa tidak nyaman saat bergerak atau dispnea.
- d) Perubahan-perubahan EKG mencerminkan iskemia atau aritmia.

2) Tujuan : mampu beraktivitas tanpa keluhan yang berarti.

3) Kriteria hasil :

- a. Melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.
- b. Menunjukkan penurunan dalam tanda-tanda intoleransi fisiologi.

Tindakan/Intervensi	Rasional
Mandiri	
Bantu klien mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas.	Pengkajian akurat terhadap faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas memberikan dasar untuk membuat rencana perawatan.
Kembangkan aktivitas klien dalam program latihan.	Program latihan fisik mempunyai efek menguntungkan pada kerja jantung.
Ajarkan klien menggunakan daftar latihan harian untuk mencatat aktivitas latihan dan responsnya (seperti nadi, napas dangkal, cemas).	Membuat daftar latihan harian dapat meningkatkan kemampuan.
Kaji respons pasien terhadap aktivitas, perhatikan frekuensi nadi lebih dari 20 kali per menit di atas frekuensi istirahat, peningkatan tekanan darah yang nyata selama/sesudah aktivitas (tekanan sistolik meningkat 40 mmHg atau tekanan diastolik meningkat 20	Menyebutkan parameter membantu dalam mengkaji respons fisiologi terhadap stres aktivitas dan, bila ada merupakan indikator dari kelebihan kerja yang berkaitan dengan tingkat aktivitas.



mmHg), dispnea atau nyeri dada, kelelahan dan kelemahan yang berlebihan, diaphoresis, pusing atau pingsan.	
Ajarkan tentang rasa takut/cemas berhubungan dengan intoleransi aktivitas.	Rasa takut/cemas dapat meningkatkan intoleransi aktivitas.
Ajarkan strategi koping kognitif (seperti pembandingan, relaksasi, pengendalian bernapas).	Respon emosional terhadap intoleransi aktivitas dapat ditangani dengan menggunakan strategi koping kognitif.
Instruksikan pasien untuk mempraktikkan teknik penghematan energi, misalnya menggunakan kursi saat mandi, duduk saat menyisir rambut atau menyikat gigi, serta melakukan aktivitas dengan perlahan-lahan.	Teknik menghemat energi atau mengurangi penggunaan energi, juga membantu keseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
Ajarkan keluarga untuk membantu klien membantu melakukan aktivitas.	Dukungan sosial meningkatkan pelaksanaan aktivitas.
Berikan dorongan kepada	Kemajuan aktivitas secara bertahap

pasien untuk melakukan aktivitas atau perawatan diri secara bertahap, jika dapat ditoleransi. Berikan bantuan kepada pasien sesuai kebutuhannya.	adalah untuk mencegah peningkatan kerja jantung secara tiba-tiba. Petugas medis hanya memberikan bantuan sebatas pada kebutuhan untuk mendorong kemandirian dalam melakukan aktivitas.
Beri semangat klien untuk mencari bantuan dalam mempertahankan aktivitas.	Dukungan sosial meningkatkan penyembuhan dan mempertahankan pola hidup yang diharapkan.

c. Nyeri (akut) yang berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

1) Ditandai dengan :

- a) Berfokus pada diri.
- b) Melaporkan nyeri berdenyut yang terletak pada regio occipital, terjadi saat bangun, dan hilang secara spontan setelah beberapa waktu berdiri.
- c) Melaporkan kekakuan leher, pusing, penglihatan kabur, mual, dan muntah.

2) Tujuan : tekanan vaskuler serebral tidak meningkat.

3) Kriteria hasil :

- a) mengurangi nyeri dan pusing.
- b) mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan.
- c) mengikuti regimen farmakologi yang diterapkan.

Tindakan/Intervensi	Rasional
Mandiri	

Mempertahankan tirah baring selama fase akut.	Meminimalkan stimulasi atau meningkatkan relaksasi.
Berikan tindakan nonfarmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher, redupkan lampu kamar, teknik relaksasi (panduan imajinasi, distraksi) dan beraktivitas di waktu senggang.	Tindakan yang menurunkan tekanan vaskuler selebral dan yang memperlambat atau memblokir respons simpatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan komplikasinya.
Hilangkan atau minimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala (misalnya mengejan saat BAB, batuk panjang dan membungkuk).	Aktivitas yang meningkatkan vasokonstriksi menyebabkan sakit kepala akibat adanya peningkatan vaskuler selebral.
Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan	Pusing dan penglihatan kabur sering berhubungan dengan sakit kepala. pasien juga dapat mengalami episode hipotensi postural.
Berikan cairan, makanan lunak, perawatan mulut yang teratur bila terjadi pendarahan hidung atau	Meningkatkan kenyamanan umum. kompres hidung dapat mengganggu aktivitas menelan atau membutuhkan napas dengan mulut. hal ini

kompres hidung setelah dilakukan untuk menghentikan pendarahan.	menimbulkan stagnasi sekresi oral dan mengeringkan membran mukosa.
<p>Kolaboratif</p> <p>Pengobatan diberikan sesuai indikasi.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analgesik</li> <li>- antiansietas, misalnya lorazepam (ativan) dan diazepam (valium).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- menurunkan atau mengontrol nyeri dan menurunkan rangsang sistem saraf simpatis.</li> <li>- dapat mengurangi ketegangan dan ketidaknyamanan yang diperberat oleh stres.</li> </ul>

d. Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan yang berhubungan dengan masukan yang berlebihan sehubungan dengan kebutuhan metabolik, pola hidup yang monoton, dan keyakinan budaya.

1) Ditandai dengan :

- a) Makan berlebih pada malam hari.
- b) Berat badan 10-20% lebih dari ideal untuk tinggi dan bentuk tubuh.
- c) Lipatan kulit trisep lebih besar dari 15 mm pada pria dan 25 mm pada wanita (maksimum untuk usia dan jenis kelamin).
- d) Ditemukan disfungsi pola makan.

2) Tujuan : masukan nutrisi tidak berlebihan dan pola hidup tidak monoton.

3) Kriteria hasil :

- a) Mencapai penurunan berat badan secara bertahap.

- b) Mengidentifikasi hubungan antara hipertensi dan kegemukan.
- c) menunjukkan diet yang baik dan seimbang atau perubahan pola makan (misal pilihan makanan, kuantitas).
- d) Melakukan program latihan atau olahraga yang tepat dan teratur.
- e) Meningkatkan penggunaan energi.

Tindakan/Intervensi	Rasional
Mandiri	
Bantu mengidentifikasi dan beri motivasi pentingnya penurunan berat badan.	Motivasi terjadi saat klien mengidentifikasi kebutuhan yang berarti.
Berikan pilihan untuk melakukan program latihan sesuai kemampuan.	Latihan meningkatkan pembakaran kalori dan memudahkan penurunan berat badan.
Jelaskan penggunaan daftar latihan.	Daftar latihan memberikan penekanan perilaku positif dan meningkatkan motivasi.
Kaji pemahaman klien tentang hubungan langsung antara hipertensi dan kegemukan.	Kegemukan beresiko terjadi hipertensi karena disproporsi antara kapasitas aorta dan peningkatan curah jantung berkaitan dengan peningkatan massa tubuh.

Bicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori kepada pasien. batasi masukan lemak, garam dan gula sesuai indikasi.	Kesalahan kebiasaan makanan menunjang terjadinya aterosklerosis dan kegemukan, yang merupakan presdiposisi untuk hipertensi dan komplikasinya, misal stroke, penyakit ginjal, dan gagal jantung. Kelebihan asupan garam dapat memperbanyak volume cairan intravaskuler sehingga merusak ginjal. kerusakan ini pada gilirannya juga akan memperburuk hipertensi.
Kaji ulang kalori harian dan pilihan diet.	Mengidentifikasi kekuatan atau kelemahan dalam program diet terakhir. hal ini membantu dalam menentukan kebutuhan individu untuk penyesuaian/penyuluhan.
Tetapkan rencana penurunan berat badan yang realistis dengan pasien, misalnya penurunan berat badan 0,5 kg/minggu.	Penurunan masukan kalori sebanyak 500 kalori per hari secara teori dapat menurunkan berat badan 0,5 kg/minggu.
Instruksikan dan bantu pasien untuk memilih makanan yang tepat, hindari makan dengan lemak jenuh tinggi (mentega, keju, telur, es krim, daging) dan	Menghindari makanan tinggi lemak jenuh dan kolesterol, sangat penting dalam mencegah perkembangan atherogenesis.

kolesterol (daging berlemak, kuning telur, produk kalengan dan jeroan).	
Kolaboratif	
Rujuk ke ahli gizi sesuai indikasi	Memberikan konseling dan bantuan dengan memenuhi kebutuhan diet individual.

e. Kurang pengetahuan tentang pengelolaan hipertensi yang berhubungan dengan dan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.

1) Ditandai dengan :

- a) Menyatakan masalah.
- b) Meminta informasi.
- c) Menyatakan misokonsepsi.
- d) Mengikuti instruksi inadekuat, kinerja prosedur inakurat.

2) Tujuan : pasien terpenuhi dalam informasi tentang hipertensi.

3) Kriteria hasil :

- a) Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan penatalaksanaan
- b) Mampu mengidentifikasi efek samping obat, dan kemungkinan komplikasi.
- c) Mempertahankan tekanan darah dalam rentan normal.

Tindakan/Intervensi	Rasional
---------------------	----------

Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar, termasuk keluarga.	Kesalahan konsep dan menyangkal diagnosis mempengaruhi minat untuk untuk mempelajari penyakit, prognosis.
Tetapkan tekanan darah normal. Jelaskan tentang hipertensi dan efeknya terhadap jantung, pembuluh darah, ginjal.	Memberikan dasar pemahaman tentang peningkatan tekanan darah.
Bantu klien dalam mengidentifikasi faktor risiko kardiovaskular yang dapat diubah, misal, obesitas, diet tinggi lemak jenuh dan kolesterol, pola hidup monoton, merokok, minum alkohol, serta pola hidup penuh stres.	Faktor resiko menunjukkan hubungan dalam menunjang hipertensi/peyakit kardiovaskular dan ginjal.
Atasi masalah bersama klien dengan mengidentifikasi cara gaya hidup tepat dapat dibuat untuk mengurangi faktor risiko kardiovaskular.	Faktor risiko meningkatkan proses penyakit. Dengan mengubah perilaku, dukungan, petunjuk, dan empati dapat meningkatkan keberhasilan klien.
Bantu untuk mengembangkan jadwal	Dengan mengikuti peraturan jadwal dapat memudahkan kerja sama.



<p>sederhana.</p>	
<p>Anjurkan sering mengubah posisi dan olahraga kaki saat berbaring.</p>	<p>Menurunkan bendungan vena perifer yang ditimbulkan oleh vasodilator dan duduk/berdiri terlalu lama.</p>
<p>Hindari mandi air panas, ruang penguapan, dan penggunaan alkohol.</p>	<p>Mencegah vasodilator dengan bahaya efek samping yaitu pingsan dan hipotensi.</p>
<p>Anjurkan meningkatkan masukan makanan/cairan tinggi kalium (jeruk, pisang, tomat, kentang, aprikot, kurma, buah ara, kismis, susu rendah lemak (<i>yogurt</i>).</p>	<p>Diuretik menurunkan kadar kalium. Penelitian menunjukkan konsumsi kalium 400-2000 mg per hari akan menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik.</p>
<p>Kenali tanda/gejala seperti sakit kepala saat bangun, peningkatan tekanan darah tiba-tiba, nyeri dada/sesak napas, nadi meningkat, pembengkakan perifer/abdomen, gangguan penglihatan, epitaksis, depresi/emosi labil, pusing, pingsan, kelemahan atau kram otot, mual/muntah, dan haus.</p>	<p>Deteksi dini terjadinya komplikasi, penurunan efektivitas/reaksi yang merugikan dari regimen obat memungkinkan untuk membuat intervensi.</p>

Jelaskan rasional diet yang diharuskan (diet rendah natrium, lemak jenuh, dan kolesterol).	Kelebihan lemak jenuh, kolesterol, natrium, alkohol, dan kaloriberisiko hipertensi. Diet rendah lemak dan tinggi lemak tak jenuh menurunkan tekanan darah.
Bantu mengidentifikasi sumber masukan natrium (garam meja, daging dan keju olahan, saus, sup kaleng, soda kue).	Diet rendah garam selama dua tahun mungkin mencukupi untuk mengontrol hipertensi sedang atau mengurangi jumlah obat yang dibutuhkan.
Hindari minuman yang mengandung kafein (kopi, teh, <i>cola</i> , coklat)	Kafein adalah stimulan jantung dan merugikan fungsi jantung.
Buat jadwal olahraga sendiri (berjalan, berenang).	Menurunkan tekanan darah dan menguatkan sistem kardiovaskular.

(Kushariyadi 2010, hh. 101-116).

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### D. Konsep Lansia

##### 7. Pengertian

Proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup. Menua bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan

proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luar tubuh. Walaupun demikian, memang harus diakui bahwa ada berbagai penyakit yang sering menghinggapi kaum lanjut usia. Proses menua sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai usia dewasa, misalnya dengan terjadinya kehilangan jaringan pada otot, susunan syaraf, dan jaringan lain sehingga tubuh “mati” sedikit demi sedikit (Azizah 2011, h. 7).

Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Dengan begitu manusia secara progresif akan kehilangan daya tahan terhadap infeksi dan akan menumpuk makin banyak struktural yang disebut sebagai “penyakit degeneratif ) seperti hipertensi, diabetes dan kanker) (Darmojo 2011, hh. 3-4).

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat (Nugroho 2008, h. 11).

Berdasarkan pengertian diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua.

## 8. Teori-teori proses menua

Menurut Lilik Ma'rifatul (2011), teori penuaan secara umum dapat dibedakan menjadi dua yaitu teori penuaan secara biologi dan teori psikologi.

### c. Teori Biologi

#### 9) Teori Seluler

Kemampuan sel hanya dapat membelah dalam jumlah tertentu dan kebanyakan sel-sel tubuh “diprogram” untuk membelah 50 kali. Jika sebuah sel pada lansia dilepas dari tubuh dan dibiakkan di laboratorium, lalu diobservasi, jumlah sel-sel yang akan membelah, jumlah sel yang akan membelah akan terlihat sedikit (Spence & Masson dalam Watson, 1992). Hal ini akan memberikan beberapa pengertian terhadap proses penuaan biologis dan menunjukkan bahwa pembelahan sel lebih lanjut mungkin terjadi untuk pertumbuhan dan perbaikan jaringan, sesuai dengan berkurangnya umur.

Pada beberapa sistem, seperti sistem saraf, sistem muskuloskeletal dan jantung, sel pada jaringan dan organ dalam sistem itu tidak dapat diganti jika sel tersebut dibuang karena rusak atau mati. Oleh karena itu, sistem tersebut beresiko mengalami proses penuaan dan mempunyai kemampuan yang sedikit atau tidak sama sekali untuk tumbuh dan memperbaiki diri. Ternyata sepanjang kehidupan ini, sel pada sistem tubuh kita cenderung mengalami kerusakan dan akhirnya sel akan mati, dengan konsekuensi yang buruk karena sistem sel tidak dapat diganti.

#### 10) Teori “*Genetic Clock*”

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Tiap species mempunyai didalam *nuclei* (inti selnya) suatu jam genetik yang telah

diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak berputar, jadi menurut konsep ini bila jam kita akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir yang katastrofal.

Konsep *genetic clock* didukung oleh kenyataan bahwa ini merupakan cara menerangkan mengapa pada beberapa species terlihat adanya perbedaan harapan hidup yang nyata. (misalnya manusia; 116 tahun, beruang; 47 tahun, kucing 40 tahun, anjing 27 tahun, sapi 20 tahun). Secara teoritis dapat dimungkinkan memutar jam ini lagi meski hanya untuk beberapa waktu dengan pengaruh-pengaruh dari luar, berupa peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit atau tindakan-tindakan tertentu.

#### 11) Sintesi Protein (kolagen dan elastin)

Jaringan seperti kulit dan kartilago kehilangan elastisitasnya pada lansia. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tersebut. Pada lansia beberapa protein (kolagen dan kartilago, dan elastin pada kulit) dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur yang berbeda dari protein yang lebih muda.

#### 12) Keracunan Oksigen

Teori tentang adanya sejumlah penurunan kemampuan sel didalam tubuh untuk mempertahankan diri dari oksigen yang mengandung zat racun dengan kadar yang tinggi, tanpa mekanisme pertahanan diri tertentu.

Membran sel tersebut merupakan alat untuk memfasilitasi sel dalam berkomunikasi dengan lingkungannya yang juga mengontrol proses pengambilan nutrisi dengan proses ekskresi zat toksik di dalam tubuh. Fungsi komponen

protein pada membran sel yang sangat penting bagi proses diatas, dipengaruhi oleh rigiditas membran tersebut.

#### 13) Sistem Imun

Kemampuan sitem imun mengalami kemunduran pada masa penuaan. Walaupun demikian, kemunduran kemampuan sistem yang terdiri dari sistem limfatik dan khususnya sel darah putih, juga merupakan faktor yang berkontribusi dalam proses penuaan.

#### 14) Mutasi Somatik (teori *Error Catastrophe*)

Sekarang sudah umum diketahui bahwa radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur, sebaliknya menghindari terkenanya radiasi atau tercemar zat kimia yang bersifat karsinogenik atau toksik dapat memperpanjang umur. Menurut teori terjadinya mutasi yang progresif pada DNA sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

#### 15) Teori Menua Akibat Metabolisme

Menurut MC Kay et all (1935) yang dikutip Darmojo dan Martono (2004), pengangguran “intake” kalori pada rodentia muda akan menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur. Perpanjangan umur karena jumlah kalori tersebut antara lain disebabkan karena menurunnya salah satu atau beberapa proses metabolisme. Terjadi penurunan pengeluaran hormon yang merangsang pruferasi sel misalnya insulin dan hormon pertumbuhan.

#### 16) Kerusakan Akibat Radikal Bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas, dan di dalam tubuh di *fagosit* (pecah), dan sebagai produk sampingan di dalam rantai pernafasan di dalam mitokondria. Untuk organisasi aerobik radikal bebas terutama terbentuk pada waktu

napirasi (aerob) di dalam mitokondria. Karena 90% oksigen yang ambil tubuh termasuk di dalam mitokondria.

d. Teori Psikologis

4) Aktivitas atau Kegiatan (*Activity Theory*)

Seseorang yang dimasa mudanya aktif dan terus memelihara keaktifannya setelah menua. *Sense of integrity* yang dibangun dimasa mudanya tetap terpelihara sampai tua.

5) Kepribadian Berlanjut (*Continuity Theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. *Identity* pada lansia yang sudah mantap memudahkan dalam memelihara hubungan dengan masyarakat, melibatkan diri dengan masalah di masyarakat, keluarga dan hubungan interpersonal. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe *personality* yang dimilikinya.

6) Teori Pembahasan (*Disengagement Theory*)

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu lainnya. Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara perlahan tetapi pasti mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yakni:

d) Kehilangan peran (*Loss Of Role*).

e) Hambatan kontak sosial (*Restriction of Contacts and relationship*).

f) Berkurangnya komitmen (*reduced commitment to social mores and values*).

## 9. Mitos-Mitos Lansia

h. Kedamaian dan ketenangan

Lanjut usia dapat snatai menikmati hasil kerja dan jerih payahnya di masa muda dan dewasanya, badai dan berbagai guncangan kehidupan seakan-seakan sudah berhasil dilewati.

Kenyataan:

6) Sering ditemui stres karena kemiskinan dan berbagai keluhan serta penderitaan karena penyakit.

7) Depresi.

8) Kekhawatiran.

9) Paranoid.

10) Masalah psikotik.

i. Mitos konservatisme dan kemunduran

Pandangan bahwa lanjut usia pada umumnya:

10) Konservatif.

11) Tidak kreatif.

12) Menolak inovasi.

13) Berorientasi ke masa silam.

14) Merindukan masa lalu.

15) Kembali ke masa kanak-kanak.

16) Susah berubah.

17) Keras kepala.

18) Cerewet.

Kenyataannya:

Tidak semua lanjut usia bersikap dan berpikiran demikian.

j. Mitos berpenyakitan

Lanjut usia dipandang sebagai masa degenerasi biologis, yang disertai oleh berbagai penderitaan akibat bermacam penyakit yang menyertai proses menua (lanjut usia merupakan masa berpenyakitan dan kemunduran).

Kenyataan:



- 3) Memang proses penuaan disertai dengan menurunnya daya tahan tubuh dan metabolisme, sehingga rawan terhadap penyakit.
- 4) Tetapi banyak penyakit yang masa sekarang dapat dikontrol dan diobati.

k. Mitos senilitas

Lanjut usia dipandang sebagai masa pikun yang disebabkan oleh kerusakan bagian otak (banyak yang tetap sehat dan bugar). Banyak cara untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan daya ingat.

l. Mitos tidak jatuh cinta

Lanjut usia tidak lagi jatuh cinta dan gairah pada lawan jenis tidak ada.

Kenyataan:

Perasaan cemas dan emosi setiap orang berubah sepanjang masa. Perasaan cinta tidak berhenti hanya karena menjadi lanjut usia.

m. Mitos asexualitas

Ada pandangan bahwa lanjut usia, hubungan seks itu menurun, minat, dorongan, gairah, kebutuhan dan daya seks berkurang.

Kenyataan:

Menunjukkan bahwa kehidupan seks pada lanjut usia normal saja. Memang frekuensi hubungan seksual menurun, sejalan dengan meningkatnya usia, tetapi masih tetap tinggi.

n. Mitos ketidakproduktifan

Lanjut usia dipandang sebagai usia tidak produktif.

Kenyataan:

Tidak demikian, banyak lanjut usia yang mencapai kematangan, kemantapan dan produktifitas mental dan material

(Azizah 2011, hh. 5-6).

## 10. Tipe-tipe Lanjut Usia

Menurut Lilik Ma'rifatul (2011), tipe-tipe lanjut usia adalah :

f. Tipe arif bijaksana

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

g. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan-kegiatan yang hilang dengan kegiatan-kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

h. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses ketuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmaniyah, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik.

i. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis gelap datang terang, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.

j. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, mental, sosial dan ekonominya.

Tipe ini antara lain:

8) Tipe optimis

9) Tipe konstruktif

10) Tipe ketergantungan (*dependent*)

11) Tipe defensif

12) Tipe militan dan serius

13) Tipe marah atau frustrasi (*the angry man*)

14) Tipe putus asa (benci pada diri sendiri) atau *self heating man*.

## **11. Batasan Lanjut Usia**

WHO (1999) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis / biologis menjadi 4 kelompok yaitu usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60 dan 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun. Sedangkan menurut Nugroho (2000) menyimpulkan pembagian umur berdasarkan pendapat beberapa ahli, bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun ke atas (Azizah 2011, h. 2).

Menurut Prof. Dr. Koesmanto Setyonegoro, lanjut usia dikelompokkan menjadi usia dewasa muda (*elderly adulthood*) 18 atau 20-25 tahun, usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas 25-60 tahun atau 65 tahun, lanjut usia (*geriatric age*) lebih dari 65 tahun atau 70 tahun yang dibagi lagi dengan 70-75 tahun (*young old*), 75-80 tahun (*old*), lebih dari 80 (*very old*) (Azizah 2011, h. 2).

Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1 seorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun. Tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia bahwa lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas (Azizah 2011, h. 2).

## **12. Perubahan-perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia**

Menurut Lilik Ma'rifatul (2011), semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, persaan, sosial, dan seksual.

f. Perubahan fisik

8) Sistem Indra

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

Sistem pendengaran; presbiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 60 tahun.

Sistem integumen; pada lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan *atrofi glandula sebacea* dan *glandula sudoritera*, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*. Perubahan kulit lebih banyak dipengaruhi oleh faktor lingkungan antara lain angin dan matahari, terutama sinar ultra violet.

9) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia antara lain sebagai berikut:

- e) Jaringan penghubung (kolagen dan elastin). Kolagen sebagai pendukung utama pada kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.
- f) Kartilago. Jaringan kartilago pada persendian lunak dan mengalami granulasi dan akhirnya permukaan sendi

menjadi rata, kemudian kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan.

Tulang. Berkurangnya kepadatan tulang setelah diobservasi adalah bagian dari penuaan fisiologis trabekula longitudinal menjadi tipis dan trabekula transversal terabsorsi kembali.

- g) Otot. Perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.
- h) Sendi. Pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penurunan elastisitas.

#### 10) Sistem Kardiovaskuler dan Respirasi

Perubahan sistem kardiovaskuler dan respirasi mencakup:

##### c) Sistem kardiovaskuler

Massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan perenggangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi SA node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

##### d) Sistem respirasi

Pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang rugi paru, udara yang mengalir ke paru berkurang.

#### 11) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata.

Kehilangan gigi: penyebab utama adalah Periodontal disease yang bisa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk. Indra pengecap menurun; adanya iritasi yang kronis, dari selaput lendir, atrofi indera pengecap (80%), hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa tentang rasa asin, asam dan pahit. Pada lambung, rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun. Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi. Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu). Liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

Kondisi ini secara normal, tidak ada konsekuensinya yang nyata, tetapi menimbulkan efek yang merugikan ketika diobati. Pada usia lanjut, obat-obatan dimetabolisme dalam jumlah yang sedikit. Pada lansia perlu diketahui kecenderungan terjadinya peningkatan efek samping, overdosis, dan reaksi yang merugikan dari obat. Oleh karena itu, meski tidak seperti biasanya, dosis obat yang diberikan kepada lansia lebih kecil dari dewasa.

#### 12) Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal. Hal ini akan memberikan efek dalam pemberian obat pada lansia. Mereka kehilangan kemampuan untuk mengekskresikan obat atau produk metabolisme obat.

#### 13) Sistem Saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia

mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Penuaan menyebabkan penurunan persepsi sensorik dan respon motorik pada susunan saraf pusat dan penurunan reseptor proprioseptif, hal ini terjadi karena susunan saraf pusat pada lansia mengalami perubahan morfologis dan biokimia, perubahan tersebut mengakibatkan penurunan fungsi kognitif.

#### 14) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur. Dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik), yaitu dengan kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia.

#### g. Perubahan Kognitif

##### 10) *Memory* (daya ingat, ingatan)

Daya ingat adalah kemampuan untuk menerima, mencamkan, menyimpan dan menghadirkan kembali rangsangan atau peristiwa yang pernah dialami seseorang. Pada lanjut usia, daya ingat (*memory*) merupakan salah satu fungsi kognitif yang sering kali paling awal mengalami penurunan. Ingatan jangka panjang (*long term memory*) kurang mengalami perubahan, sedangkan ingatan jangka pendek (*short term memory*) atau seketika 0-10 menit memburuk.

##### 11) *IQ (Intelligent Quocient)*

Lansia tidak mengalami perubahan dengan informasi matematika (analitis, linier, sekuensial) dan pernyataan verbal. Tetapi persepsi dan daya membayangkan (*fantasi*) menurun. Walaupun mengalami kontroversi, tes intelegensia kurang memperlihatkan adanya penurunan kecerdasan pada lansia.

#### 12) Kemampuan Belajar (*learning*)

Lanjut usia yang sehat dan tidak mengalami demensia masih memiliki kemampuan belajar yang baik, bahkan dinegara industri maju didirikan *university of the third age*. Hal ini sesuai dengan prinsip belajar seumur hidup (*life-long learning*), bahwa manusia itu memiliki kemampuan untuk belajar sejak dilahirkan sampai akhir hayat.

#### 13) Kemampuan Pemahaman (*comprehensif*)

Kemampuan pemahaman atau menangkap pengertian pada lansia mengalami penurunan. Hali ini dipengaruhi oleh konsentrasi dan fungsi pendengaranya lansia yang mengalami penurunan. Dalam pelayanan terhadap lanjut usia agar tidak timbul salah paham sebaiknya dalam berkomunikasi dilakukan kontak mata (*saling memandang*).

#### 14) Pemecahan masalah (*Problem Solving*)

Pada lanjut usia masalah-masalah yang dihadapi tentu semakin banyak. Banyak hal yang dahulunya dengan mudah dapat dipecahkan menjadi terhambat karena terjadi penurunan fungsi indra pada lanjut usia. Hambatan yang lain dapat berasal dari penurunan daya ingat, pemahaman dan lain-lain, yang berakibat bahwa pemecahan masalah menjadi lebih lama.

#### 15) Pengambilan Keputusan (*Decission Making*)

Pengambilan keputusan termasuk dalam proses pemecahan masalah. Pengambilan keputusan pada umumnya berdasarkan data yang terkumpul, kemudian di analisa, dipertimbangkan dan dipilih alternatif yang dinilai positif (menguntungkan) kemudian diambil suatu keputusan. Pengambilan keputusan pada lanjut usia sering lambat atau seolah-olah terjadi penundaan.

#### 16) Kebijaksanaan (*Wisdom*)



Bijaksana adalah aspek kepribadian dan kombinasi dari aspek kognitif. Kebijakan menggambarkan sifat dan sikap individu yang mampu mempertimbangkan antara baik dan buruk serta untung ruginya sehingga dapat bertindak secara adil atau bijaksana.

#### 17) Kinerja (*Performance*)

Pada lanjut usia memang akan terlihat penurunan kinerja baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Perubahan *performance* yang membutuhkan kecepatan dan waktu mengalami penurunan. Penurunan itu bersifat wajar sesuai perubahan organ-organ biologis ataupun perubahan yang sifatnya patologis. Dalam pelayanan kesehatan jiwa lanjut usia, mereka perlu diberikan latihan-latihan keterampilan untuk tetap mempertahankan kinerja.

#### 18) Motivasi

Motivasi adalah fenomena kejiwaan yang mendorong seseorang untuk bertindak laku demi mencapai sesuatu yang diinginkan atau yang dituntut oleh lingkungannya.

#### h. Perubahan Spiritual

Spiritualisme pada lansia bersifat universal, intrinsik dan merupakan proses individual yang berkembang sepanjang rentang kehidupan. Karena aliran siklus kehilangan terdapat pada kehidupan lansia, keseimbangan hidup tersebut dipertahankan sebagian oleh efek positif harapan dari kehilangan tersebut.

#### i. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial yang dialaminya oleh lansia antara lain:

#### 5) Pensiun

Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan dikaitkan dengan peran dalam pekerjaan. Hilangnya kontak sosial dari area pekerjaan membuat seseorang lansia pensiunan merasakan kekosongan, orang tersebut secara tiba-tiba dapat

merasakn begitu banyak waktu luang yang ada di rumah disertai dengan sedikitnya hal-hal yang dapat dijalani.

6) Perubahan Aspek Kepribadian

Pada umumnya setelah orang memasuki lansia maka ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi semakin lambat.

7) Perubahan Dalam Peran Sosial di Masyarakat

Akibat berkurangnya fungsi indra penglihatan, pendengaran, gerak fisik dan sebagainya maka muncul gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia misalnya badanya menjadi bungkuk, pendengaran sangat berkurang penglihatan kabur dan sebagainya sehingga sering menimbulkan keterasingan.

8) Perubahan Minat

Lanjut usia juga mengalami perubahan dalam minat. Pertama minat terhadap diri makin bertambah. Kedua minat terhadap penampilan semakin berkurang. Ketiga minat terhadap uang semakin meningkat, terakhir kebutuhan terhadap kegiatan rekreasi tak berubah hanya cenderung menyempit.

j. Penurunan Fungsi dan Potensial Seksual

Penurunan fungsi dan potensial seksual pada lanjut usia sering kali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik, seperti gangguan jantung, gangguan metabolisme (misal diabetes melitus), vaginitis dan baru selesai operasi prostatektomi. Pada wanita mungkin ada kaitanya dengan masa menopause, yang berarti fungsi seksual mengalami penurunan karena sudah tidak produktif walaupun sebenarnya tidak harus begitu, karena kebutuhan biologis selama orang masih sehat dan masih memerlukan tidak

salahnya bila dijalankan terus secara wajar dan teratur tanpa mengganggu kesehatannya.

## **E. Konsep Hipertensi**

### **9. Pengertian**

Penyakit Hipertensi merupakan gejala peningkatan tekanan darah yang kemudian berpengaruh pada organ lain, seperti stroke untuk otak atau penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan otot jantung (Ardiansyah 2012, h. 54). Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti saraf, ginjal dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar risikonya (Nuratif & Kusuma 2015, h. 102).

Hipertensi dicirikan dengan peningkatan tekanan darah diastolik atau sistolik yang intermiten atau menetap. Pengukuran tekanan darah serial 150/95 mmHg atau lebih tinggi pada orang yang berusia di atas 50 tahun memastikan hipertensi. Insiden hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan usia. Pada lansia, hipertensi umumnya akibat dari vasokonstriksi terkait dengan penuaan, yang menyebabkan resistansi perifer (Stockslager 2007, h. 208).

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi, yang dibawa oleh darah, terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Tubuh akan bereaksi lapar, yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Bila kondisi tersebut berlangsung lama dan menetap, timbullah gejala yang disebut penyakit tekanan darah tinggi (Sustrani, Alam & Hadibroto 2005, h. 1).

Berdasarkan pengertian diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah yang menetap yang pengukuran tekanan darah serial 150/95 mmHg dan bisa berpengaruh pada organ lain seperti stroke dan penyakit jantung koroner.

## **10. Etiologi**

Menurut Nurarif & Kusuma (2013), hipertensi pada lanjut usia dibedakan atas :

- c. Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
- d. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

- f. Elastisitas dinding aorta menurun.
- g. Katub jantung menebal dan menjadi kaku.
- h. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- i. Kehilangan elastisitas pembuluh darah  
Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- j. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

## **11. Patofisiologi**

Dimulai dengan penyempitan dan kekakuan pembuluh darah, gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang berlanjut

dengan kekakuan pembuluh darah. kekakuan pembuluh darah disertai dengan penyempitan yang menghambat gangguan peredaran darah perifer. Kekakuan dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang akhirnya dekompensasi dengan peningkatan upaya pemompaan jantung yang memberikan gambaran peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi.

Tekanan darah tinggi bisa ditemui pada pasien yang sudah berusia lanjut (lansia). Hal ini erat hubungannya dengan proses menua pada seseorang. Di sini terjadi perubahan berupa berkurangnya elastisitas pembuluh darah, sehingga terjadi kekakuan pembuluh darah. Keadaan ini diperberat dengan terjadinya penimbunan lemak di lapisan dalam pembuluh darah. Tekanan darah tinggi pada orang lansia yang sering tampak adalah bagian sistol, atau yang terekam paling atas dari alat pengukur tekanan darah.

Hipertensi pada lanjut usia sebagian besar merupakan hipertensi sistolik terisolasi, dan pada umumnya merupakan hipertensi primer. Adanya hipertensi, baik hipertensi sistolik terisolasi maupun kombinasi sistolik dan diastolik merupakan faktor risiko morbiditas dan mortalitas untuk orang lanjut usia (repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/31642/5/Chapter II.pdf diakses pada tanggal 20 juni 2016 jam 14:10 WIB).

## **12. Klasifikasi Hipertensi**

### **c. Klasifikasi berdasarkan etiologi**

- 3) Hipertensi Esensial (Primer) merupakan 90% dari kasus penderita. Dimana sampai saat ini belum diketahui secara pasti. beberapa faktor yang berpengaruh dalam terjadinya hipertensi esensial, seperti : faktor genetik, stress dan psikologis, serta faktor lingkungan dan diet (peningkatan penggunaan garam dan kalsium). Peningkatan tekanan darah

tinggi tidak jarang merupakan satu-satunya tanda hipertensi primer. Umumnya gejala baru terlihat setelah terjadi komplikasi pada organ target seperti ginjal, otak dan jantung.

4) Hipertensi sekunder

Pada hipertensi sekunder, penyebab dan patofisiologi dapat diketahui dengan jelas sehingga lebih mudah untuk dikendalikan dengan obat-obatan. Penyebab hipertensi sekunder di antaranya berupa kelainan ginjal seperti tumor, diabetes, kelainan endokrin seperti diabetes dan pemakaian obat seperti kontrasepsi (pil KB).

d. Klasifikasi berdasarkan derajat hipertensi

3) Berdasarkan JNC VII :

Derajat	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	Dan < 80
Pre-hipertensi	120-139	Atau 80-89
Hipertensi derajat I	140-159	Atau 90-99
Hipertensi derajat II	$\geq 160$	Atau $\geq 100$

4) Menurut European Society of Cardiology :

Kategori	TDS (mmHg)		TDS (mmHg)
Optimal	< 120	dan	< 80
Normal	120 - 129	dan/atau	80 – 84
Normal tinggi	130 - 139	dan/atau	85 – 89

Hipertensi derajat 1 (ringan)	140 - 159	dan/atau	90 – 99
Hipertensi derajat II (sedang)	160-179	dan/atau	100-109
Hipertensi derajat III (berat)	$\geq 180$	dan/atau	$\geq 110$
Hipertensi sistolik terisolasi	$\geq 190$	dan	$> 90$

(Wijaya & Putri 2013, hh. 52-53).

### 13. Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif & Kusuma (2013), tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

c. 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.

d. 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.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

- 9) Mengeluh sakit kepala, pusing
- 10) Lemas, kelelahan

- 11) Sesak nafas
- 12) Gelisah
- 13) Mual
- 14) Muntah
- 15) Epistaksis
- 16) Kesadaran menurun

Menurut Stockslager (2007), Tanda dan Gejalanyayaitu :

- h. Tidak ada atau gejala sampai penyakit ditemukan selama evaluasi masalah yang lainnya.
- i. Terbangun dengan sakit kepala pada bagian oksipital, yang berkurang secara spontan setelah beberapa jam, gejala biasanya terkait dengan hipertensi berat.
- j. Pusing
- k. Kehilangan ingatan
- l. Palpitasi
- m. Keletihan
- n. Impotensi

Dengan keterlibatan vaskuler :

- o. Perdarahan hidung
- p. Urine berdarah
- q. Kelemahan
- r. Penglihatan kabur
- s. Nyeri dada dan dispnea, yang dapat menandakan keterlibatan jantung
- t. Tremor lambat
- u. Mual
- v. Muntah



- w. Peningkatan tekanan darah diastolik ketika orang tersebut mengubah posisi dari duduk menjadi berdiri (yang menandakan hipertensi esensial)
- x. Penurunan tekanan darah dengan perubahan dari posisi duduk ke berdiri (menandakan hipertensi sekunder)
- y. Edema perifer, pada tahap lanjut ketika gagal jantung
- z. Hemoragi, eksudat, dan edema papil menunjukkan evaluasi oftalmoskopik pada tahap lanjut (jika retinopati hipertensi terjadi)
- aa. Stenosis atau oklusi, yang dideteksi selama auskultasi arteri katis untuk bising arteri
- bb. Bising abdomen, terdengar tepat di garis tengah umbilikus kanan atau kiri, atau pada pinggang jika terdapat stenosis arteri ginjal, juga terdengar bising di atas aorta abdomen dan arteri femoralis.

#### **14. Pemeriksaan Diagnostik**

- i. Urinalisis dapat memperlihatkan protein, sel darah merah, atau sel darah putih, yang menunjukkan adanya penyakit ginjal, atau glukosa, yang menunjukkan diabetes melitus.
- j. Urografi ekskretorik dapat memperlihatkan atrofi ginjal, yang menandakan penyakit ginjal kronis. Satu ginjal, yang lebih pendek 1,5 cm dari ginjal yang lainnya menunjukkan penyakit ginjal unilateral.
- k. Pemeriksaan darah menunjukkan kadar kalium serum di bawah 3,5 mEq/L dapat menandakan adanya disfungsi adrenal (khususnya hiperadosteronisme). Kadar nitrogen urea darah yang normal atau meningkat sampai lebih dari 20 mg/dl dan kadar kreatinin serum yang normal atau meningkat sampai lebih dari 1,5 mg/dl menunjukkan adanya penyakit ginjal.
- l. Elektrokardiografi dapat menunjukkan adanya hipertrofi ventrikular kiri atau iskemia.
- m. Sinar-X dada dapat memperlihatkan adanya kardiomegali.

- n. Oftalmoskopi memperlihatkan penorehan arteriovenosa dan pada edema enselopati hipertensif.
- o. Oral captopril challenge dapat dilakukan untuk memeriksa hipertensi renovaskular. Pemeriksaan fungsional yang bersifat diagnostik ini bergantung pada hambatan tiba-tiba pada sirkulasi angiotensin II oleh inhibitor enzim pengubah angiotensin, yang memindahkan sokongan mayor untuk perfusi melalui ginjal yang mengalami stenosis. Ginjal yang iskemik secara tiba-tiba melepaskan renin dan memperlihatkan penurunan nyata pada laju filtrasi glomerulus dan aliran darah ginjal.
- p. Arteriografi ginjal dapat menunjukkan stenosis arteri ginjal

(stockslager 2007, hh. 210).

## 15. Penatalaksanaan

Menurut Ardiansyah (2012), penatalaksanaan pada hipertensi adalah :

### c. Farmakologi

Terapi obat pada penderita hipertensi dimulai dengan salah satu obat berikut :

- 6) Hidroklorotiazid (HCT) 12,5-25 mg per hari dengan dosis tunggal pada pagi hari (pada hipertensi dalam kehamilan, hanya digunakan bila disertai hemokonsentrasi/udema paru).
- 7) Reserpin 0,1-0,25 mg sehari sebagai dosis tunggal.
- 8) Propanolol mulai dari 10 mg dua kali sehari yang dapat dinaikkan 20 mg dua kali sehari (kontraindikasi untuk penderita asma).
- 9) Kaptopril 12,5-25 mg sebanyak dua sampai tiga kali sehari (kontraindikasi pada kehamilan selama janin hidup dan penderita asma).
- 10) Nifedipin mulai dari 5 mg dua kali sehari, bisa dinaikkan 10 mg dua kali sehari.

d. Nonfarmakologi

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

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

## **16. Komplikasi**

4) Otak

Komplikasi hipertensi pada otak dapat menimbulkan resiko stroke. Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan dua jenis stroke, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik terjadi karena arteri di otak terganggu, otak menjadi kekurangan oksigen dan nutrisi. Sedangkan stroke hemoragik adalah pembuluh darah di otak pecah, hal ini disebabkan akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak.

5) Jantung

Tekanan darah tinggi dapat menimbulkan terjadinya gagal jantung. Pada penderita hipertensi beban jantung akan meningkat, otot jantung akan menyesuaikan sehingga terjadi pembesaran jantung dan semakin lama otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitas yang disebut dikompensasi akibat jantung tidak mampu memompa dan menampung darah dari paru, sehingga

banyak cairan tertahan di paru maupun di jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak nafas dan oedem kondisi ini disebut gagal jantung.

#### 6) Ginjal

Tekanan darah tinggi juga menyebabkan kerusakan ginjal, tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan di dalam ginjal akibatnya lambat laun ginjal tidak mampu membuang zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan di dalam tubuh kondisi ini disebut gagal ginjal.

(Corwin 2009, hh. 487-488).

### **F. Konsep Asuhan Keperawatan**

#### **3. Pengkajian**

Pada pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, biasanya didapat adanya riwayat peningkatan tekanan darah, adanya riwayat keluarga dengan penyakit yang sama, dan riwayat meminum obat antihipertensi.

#### k. Dasar-dasar Pengkajian

##### 3) Aktivitas/istirahat

- c) Gejala : kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup monoton.
- d) Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

##### 4) Sirkulasi

- l) Gejala : riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner, dan penyakit serebrovaskuler.
- m) Tanda : kenaikan tekanan darah diperlukan untuk menegaskan diagnosis.
- n) Nadi : denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, perbedaan denyut seperti denyut femoral melambat sebagai

kompensasi denyutan radialis/brachialis tidak teraba atau lemah.

- o) Denyut apical : PMI kemungkinan bergeser atau sangat kuat.
- p) Frekuensi/irama : takikardi, berbagai disritmia.
- q) Bunyi jantung : terdengar S2 pada dasar, S3 dan S4 (pengeseran ventrikel kiri/hipertrofi ventrikel kiri).
- r) Murmur stenosis valvular.
- s) Desiran vaskular terdengar di atas karotis, vasmolis, atau epigastrium.
- t) DVJ (distensi vena jugularis dan kongesti vena).
- u) Ekstremitas : perubahan warna kulit, suhu dingin, pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda.
- v) Kulit pucat, sianosis, dan diaphoresis. Biasanya kulit juga berwarna kemerahan.

l. Integritas Ego

- 1) Gejala : riwayat kepribadian, ansietas, depresi, euporia, atau marakronik (dapat mengindikasikan kerusakan serebral).
- 2) Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinuitas perhatian, tangisan yang meledak, gerak tangan empati, otot muka tegang, gerakan fisik cepat.

m. Eliminasi

Gejala : adanya gangguan ginjal saat ini atau yang terlalu, seperti infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa lalu.

n. Makanan/cairan

3) Gejala

- e) Makanan yang disukai dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol, gula-gula yang berwarna hitam, kandungan tinggi kalori.
- f) Mual dan muntah.

- g) Perubahan berat badan.
- h) Riwayat gangguan obat diuretik.

4) Tanda

- c) Berat badan normal, bisa juga mengalami obesitas.
- d) Adanya edema.

o. Neurosensori

- 2) Gejala : keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilat secara spontan setelah beberapa jam).

p. Hipertensi

3) Gejala

- d) Episode kebas atau kelemahan pada satu sisi tubuh.
- e) Gangguan penglihatan (penglihatan kabur, diplopia).
- f) Episode epistaksis.

4) Tanda

- c) Status mental : perubahan keterjagaan, orientasi, pola atau isi bicara, afek, proses pikir, atau memori.
- d) Respons motorik : penurunan kekuatan genggam tangan atau reflek tenon dalam.

q. Nyeri/ketidaknyamanan

- 5) Angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung).
- 6) Nyeri hilang timbul pada tungkai atau klaudikasi.
- 7) Sakit kepala oksipital berat, seperti yang pernah terjadi sebelumnya.
- 8) Nyeri abdomen/massa.

r. Pernapasan

Secara umum, gangguan ini berhubungan dengan efek kardiopulmonal, tahap lanjut dari hipertensi menetap/berat.

3) Gejala

- e) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja.
- f) Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksimal.

- g) Batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum.
- h) Riwayat merokok.
- 4) Tanda
  - d) Distres respirasi/penggunaan otopneumotorik aksesoris pernapasan.
  - e) Bunyi napas tambahan (krakles/mengi)
  - f) Sianosis
- s. Keamanan
  - 4) Gangguan koordinasi/cara berjalan
  - 5) Episode parestesia unilateral transient.
  - 6) Hipotensi postural.
- t. Pembelajaran/penyuluhan
  - 4) Faktor-faktor risiko keluarga, seperti hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung, diabetes melitus.
  - 5) Faktor-faktor risiko etnik, seperti orang afrika-amerika, asia tenggara.
  - 6) Penggunaan pil KB atau hormon lain dan penggunaan obat/alkohol.

(Ardiansyah 2012, hh. 71-78).

#### **4. Diagnosis keperawatan dan intervensi**

- a. Risiko tinggi terhadap penurunan curah jantung yang berhubungan dengan peningkatan beban kerja jantung, vasokonstriksi, iskemia miokardia, hipertrofi/rigiditas (kekakuan) ventrikuler.
  - 3) Tujuan : beban kerja jantung tidak meningkat, tidak terjadi vasokonstriksi, tidak terjadi iskemia miokardia, dan tidak terjadi hipertrofi/rigiditas (kekakuan) ventrikuler.
  - 4) Kriteria hasil :

- a) Pasien berpartisipasi dalam aktivitas yang dapat menurunkan tekanan darah.
- b) Mempertahankan tekanan darah dalam rentang individu yang dapat diterima.
- c) Irama dan denyut jantung dalam batas normal.

Tindakan/Intervensi	Rasional
Mandiri	
Pantau tekanan darah. Ukur pada kedua tangan atau paha untuk evaluasi awal. Gunakan ukuran manset yang tepat dan teknik yang akurat.	Perbandingan tekanan memberikan gambaran yang lengkap tentang keterlibatan vaskuler. Hipertensi sistolik merupakan faktor risiko penyakit serebrovaskular dan iskemia jantung bila tekanan diastolik 90-115 mmHg.
Cacatan keberadaan, kualitas denyutan sentral, dan perifer.	Denyutan karotis, jugularis, radialis dan femoralis mungkin teramati. Denyut pada tungkai mungkin menurun, yang mencerminkan efek dari vasokonstriksi dan kongesti vena.
Auskultasi (mendengarkan bunyi atau suara dari tubuh pasien) pada tonus jantung dan bunyi nafas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S4 umum terdengar pada pasien hipertensi berat karena adanya hipertrofi atrium (peningkatan volume/tekanan atrium).</li> <li>- Perkembangan S3 menunjukkan hipertrofi ventrikel dan kerusakan fungsi. Adanya crackles dan</li> </ul>



	mengi dapat mengindikasi kongesti paru sekunder terhadap terjadinya gagal jantung kronis.
Amati warna kulit, kelembaban suhu, dan masa pengisian kapiler.	Adanya pucat, dingin, kulit lembab dan masa pengisian kapiler lambat, mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi atau mencerminkan dekompensasi atau penurunan curah jantung.
Catat edema umum/tertentu	Dapat mengindikasikan gagal jantung, kerusakan ginjal, atau vaskuler.
Berikan lingkungan yang tenang, nyaman, kurangi aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung dan lama tinggal.	Membantu untuk menurunkan rangsangan simpatis dan meningkatkan relaksasi.
Batasi aktivitas, seperti istirahat di tempat tidur/kursi, istirahat yang tanpa gangguan, membantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan.	Menurunkan stres dan ketegangan yang mempengaruhi tekanan darah dan perjalanan penyakit hipertensi.
Lakukan tindakan-tindakan	Mengurangi ketidaknyamanan dan

yang nyaman, seperti pijatan punggung dan leher atau meninggikan kepala tempat tidur.	dapat menurunkan rangsangan simpatis.
Anjurkan teknik relaksasi, panduan imajinasi, dan aktivitas penglihatan.	Dapat menurunkan rangsangan yang menimbulkan stres dan membuat efek tenang, sehingga akan menurunkan tekanan darah.
Pantau respon terhadap obat untuk mengontrol tekanan darah.	Respon terhadap terapi obat adalah secara bertahap tergantung pada individu dan efek sinergis obat. Karena efek samping tersebut, maka penting untuk menggunakan obat dalam jumlah paling sedikit dan dosis paling rendah.
<p>Kolaborasi:</p> <p>Berikan obat-obat sesuai indikasi</p>	
Diuretik tiazid, misalnya klorotiazid (diuril), hidroklorotiazid (esidrix/hidrodiuril).	Untuk menurunkan tekanan darah pada pasien dengan fungsi ginjal yang relatif normal. Tipe obat diuretik ini memperkuat agen-agen antihipertensif lain dengan membatasi retensi cairan.

Diuretik loop misalnya furosemid (lasix); asam etakrinic (edecrin), bumetanid (burmex).	Obat ini menimbulkan diuresis kuat dengan menghambat resorpsi natrium dan klorida serta merupakan antihipertensif yang efektif, khususnya pada pasien yang resisten terhadap tiazid atau mengalami kerusakan ginjal.
Diuretik hemat kalium, misalnya spironolakton (aldactone), triamterene (dyrenium), amiloride (midamor).	Dapat diberikan dalam kombinasi dengan diuretik tiazid untuk meminimalkan kehilangan kalium.
Inhibitor simpatis, misalnya propranolol (inalderal), metoprolol (lopressor), atenolol (tenormin) nadolol (corgard)	Kerja khusus obat ini bervariasi, tetapi secara umum digunakan untuk menurunkan tekanan darah melalui efek kombinasi penurunan tahanan total perifer, menurunkan curah jantung, menghambat aktivitas simpatis, dan menekan pelepasan renin.
Vasodilator, misalnya minoksidil (loniten) hidralazin (apresolin). Obat emblokir saluran kalsium, misalnya nifedipin (procardia) dan verapamil	Obat jenis ini mungkin diperlukan untuk mengobati hipertensi berat bila kombinasi obat jenis diuretik dan inhibitor simpatis tidak berhasil mengontrol tekanan darah. Vasodilasi vaskuler jantung sehat dan meningkatkan aliran darah koroner

(calan).	keuntungan sekunder dari terapi vasodilator.
----------	--

b. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelemahan umum, seperti terjadinya ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

4) Ditandai dengan :

- e) Mengungkapkan dengan verbal tentang kelelahan dan kelemahan.
- f) Frekuensi nadi dan tekanan darah abnormal sebagai respon terhadap aktivitas.
- g) Rasa tidak nyaman saat bergerak atau dispnea.
- h) Perubahan-perubahan EKG mencerminkan iskemia atau aritmia.

5) Tujuan : mampu beraktivitas tanpa keluhan yang berarti.

6) Kriteria hasil :

- f. Melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.
- g. Menunjukkan penurunan dalam tanda-tanda intoleransi fisiologi.

Tindakan/Intervensi	Rasional
Mandiri	
Bantu klien mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas.	Pengkajian akurat terhadap faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas memberikan dasar untuk membuat

	rencana perawatan.
Kembangkan aktivitas klien dalam program latihan.	Program latihan fisik mempunyai efek menguntungkan pada kerja jantung.
Ajarkan klien menggunakan daftar latihan harian untuk mencatat aktivitas latihan dan responsnya (seperti nadi, napas dangkal, cemas).	Membuat daftar latihan harian dapat meningkatkan kemampuan.
Kaji respons pasien terhadap aktivitas, perhatikan frekuensi nadi lebih dari 20 kali per menit di atas frekuensi istirahat, peningkatan tekanan darah yang nyata selama/sesudah aktivitas (tekanan sistolik meningkat 40 mmHg atau tekanan diastolik meningkat 20 mmHg), dispnea atau nyeri dada, kelelahan dan kelemahan yang berlebihan, diaphoresis, pusing atau pingsan.	Menyebutkan parameter membantu dalam mengkaji respons fisiologi terhadap stres aktivitas dan, bila ada merupakan indikator dari kelebihan kerja yang berkaitan dengan tingkat aktivitas.
Ajarkan tentang rasa takut/cemas berhubungan	Rasa takut/cemas dapat meningkatkan intoleransi aktivitas.

dengan intoleransi aktivitas.	
Ajarkan strategi koping kognitif (seperti pembandingan,relaksasi, pengendalian bernapas).	Respon emosional terhadap intoleransi aktivitas dapat ditangani dengan menggunakan strategi koping kognitif.
Instruksikan pasien untuk mempraktikkan teknik penghematan energi, misalnya menggunakan kursi saat mandi, duduk saat menyisir rambut atau menyikat gigi, serta melakukan aktivitas dengan perlahan-lahan.	Teknik menghemat energi atau mengurangi penggunaan energi, juga membantu keseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
Ajarkan keluarga untuk membantu klien membantu melakukan aktivitas.	Dukungan sosial meningkatkan pelaksanaan aktivitas.
Berikan dorongan kepada pasien untuk melakukan aktivitas atau perawatan diri secara bertahap, jika dapat ditoleransi. Berikan bantuan kepada pasien sesuai kebutuhannya.	Kemajuan aktivitas secara bertahap adalah untuk mencegah peningkatan kerja jantung secara tiba-tiba. Petugas medis hanya memberikan bantuan sebatas pada kebutuhan untuk mendorong kemandirian dalam melakukan aktivitas.
Beri semangat klien untuk	Dukungan sosial meningkatkan

mencari bantuan dalam mempertahankan aktivitas.	penyembuhan dan mempertahankan pola hidup yang diharapkan.
---	--

h. Nyeri (akut) yang berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

4) Ditandai dengan :

d) Berfokus pada diri.

e) Melaporkan nyeri berdenyut yang terletak pada regio occipital, terjadi saat bangun, dan hilang secara spontan setelah beberapa waktu berdiri.

f) Melaporkan kekakuan leher, pusing, penglihatan kabur, mual, dan muntah.

5) Tujuan : tekanan vaskuler serebral tidak meningkat.

6) Kriteria hasil :

d) mengurangi nyeri dan pusing.

e) mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan.

f) mengikuti regimen farmakologi yang diterapkan.

Tindakan/Intervensi	Rasional
Mandiri	
Mempertahankan tirah baring selama fase akut.	Meminimalkan stimulasi atau meningkatkan relaksasi.
Berikan tindakan nonfarmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya kompres dingin pada dahi, pijat punggung	Tindakan yang menurunkan tekanan vaskuler serebral dan yang memperlambat atau memblokir respons simpatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan

dan leher, redupkan lampu kamar, teknik relaksasi (panduan imajinasi, distraksi) dan beraktivitas di waktu senggang.	komplikasinya.
Hilangkan atau minimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala (misalnya mengejan saat BAB, batuk panjang dan membungkuk.	Aktivitas yang meningkatkan vasokonstriksi menyebabkan sakit kepala akibat adanya peningkatan vaskuler selebral.
Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan	Pusing dan penglihatan kabur sering berhubungan dengan sakit kepala. pasien juga dapat mengalami episode hipotensi postural.
Berikan cairan, makanan lunak, perawatan mulut yang teratur bila terjadi pendarahan hidung atau kompres hidung setelah dilakukan untuk menghentikan pendarahan.	Meningkatkan kenyamanan umum. kompres hidung dapat mengganggu aktivitas menelan atau membutuhkan napas dengan mulut. hal ini menimbulkan stagnasi sekresi oral dan mengeringkan membran mukosa.
<p>Kolaboratif</p> <p>Pengobatan diberikan sesuai indikasi.</p>	



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analgesik</li> <li>- antiansietas, misalnya lorazepam (ativan) dan diazepam (valium).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- menurunkan atau mengontrol nyeri dan menurunkan rangsang sistem saraf simpatis.</li> <li>- dapat mengurangi ketegangan dan ketidaknyamanan yang diperberat oleh stres.</li> </ul>
---	--

i. Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan yang berhubungan dengan masukan yang berlebihan sehubungan dengan kebutuhan metabolik, pola hidup yang monoton, dan keyakinan budaya.

4) Ditandai dengan :

- e) Makan berlebih pada malam hari.
- f) Berat badan 10-20% lebih dari ideal untuk tinggi dan bentuk tubuh.
- g) Lipatan kulit trisep lebih besar dari 15 mm pada pria dan 25 mm pada wanita (maksimum untuk usia dan jenis kelamin).
- h) Ditemukan disfungsi pola makan.

5) Tujuan : masukan nutrisi tidak berlebihan dan pola hidup tidak monoton.

6) Kriteria hasil :

- f) Mencapai penurunan berat badan secara bertahap.
- g) Mengidentifikasi hubungan antara hipertensi dan kegemukan.
- h) menunjukkan diet yang baik dan seimbang atau perubahan pola makan (misal pilihan makanan, kuantitas).
- i) Melakukan program latihan atau olahraga yang tepat dan teratur.
- j) Meningkatkan penggunaan energi.

Tindakan/Intervensi	Rasional
Mandiri	
Bantu mengidentifikasi dan beri motivasi pentingnya penurunan berat badan.	Motivasi terjadi saat klien mengidentifikasi kebutuhan yang berarti.
Berikan pilihan untuk melakukan program latihan sesuai kemampuan.	Latihan meningkatkan pembakaran kalori dan memudahkan penurunan berat badan.
Jelaskan penggunaan daftar latihan.	Daftar latihan memberikan penekanan perilaku positif dan meningkatkan motivasi.
Kaji pemahaman klien tentang hubungan langsung antara hipertensi dan kegemukan.	Kegemukan beresiko terjadi hipertensi karena disproporsi antara kapasitas aorta dan peningkatan curah jantung berkaitan dengan peningkatan massa tubuh.
Bicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori kepada pasien. batasi masukan lemak, garam dan gula sesuai indikasi.	Kesalahan kebiasaan makanan menunjang terjadinya aterosklerosis dan kegemukan, yang merupakan predisposisi untuk hipertensi dan komplikasinya, misal stroke, penyakit ginjal, dan gagal jantung. Kelebihan asupan garam dapat memperbanyak

	<p>volume cairan intravaskuler sehingga merusak ginjal. kerusakan ini pada gilirannya juga akan memperburuk hipertensi.</p>
<p>Kaji ulang kalori harian dan pilihan diet.</p>	<p>Mengidentifikasi kekuatan atau kelemahan dalam program diet terakhir. hal ini membantu dalam menentukan kebutuhan individu untuk penyesuaian/penyuluhan.</p>
<p>Tetapkan rencana penurunan berat badan yang realistis dengan pasien, misalnya penurunan berat badan 0,5 kg/minggu.</p>	<p>Penurunan masukan kalori sebanyak 500 kalori per hari secara teori dapat menurunkan berat badan 0,5 kg/minggu.</p>
<p>Instruksikan dan bantu pasien untuk memilih makanan yang tepat, hindari makan dengan lemak jenuh tinggi (mentega, keju, telur, es krim, daging) dan kolesterol (daging berlemak, kuning telur, produk kalengan dan jeroan).</p>	<p>Menghindari makanan tinggi lemak jenuh dan kolesterol, sangat penting dalam mencegah perkembangan aterosclerosis.</p>
<p>Kolaboratif</p>	

Rujuk ke ahli gizi sesuai indikasi	Memberikan konseling dan bantuan dengan memenuhi kebutuhan diet individual.
------------------------------------	---

j. Kurang pengetahuan tentang pengelolaan hipertensi yang berhubungan dengan dan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan perawatan diri.

4) Ditandai dengan :

- e) Menyatakan masalah.
- f) Meminta informasi.
- g) Menyatakan misokonsepsi.
- h) Mengikuti instruksi inadekuat, kinerja prosedur inakurat.

5) Tujuan : pasien terpenuhi dalam informasi tentang hipertensi.

6) Kriteria hasil :

- d) Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan penatalaksanaan
- e) Mampu mengidentifikasi efek samping obat, dan kemungkinan komplikasi.
- f) Mempertahankan tekanan darah dalam rentang normal.

Tindakan/Intervensi	Rasional
Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar, termasuk keluarga.	Kesalahan konsep dan menyangkal diagnosis mempengaruhi minat untuk mempelajari penyakit, prognosis.
Tetapkan tekanan darah	Memberikan dasar pemahaman

normal. Jelaskan tentang hipertensi dan efeknya terhadap jantung, pembuluh darah, ginjal.	tentang peningkatan tekanan darah.
Bantu klien dalam mengidentifikasi faktor risiko kardiovaskular yang dapat diubah, misal, obesitas, diet tinggi lemak jenuh dan kolesterol, pola hidup monoton, merokok, minum alkohol, serta pola hidup penuh stres.	Faktor resiko menunjukkan hubungan dalam menunjang hipertensi/peyakit kardiovaskular dan ginjal.
Atasi masalah bersama klien dengan mengidentifikasi cara gaya hidup tepat dapat dibuat untuk mengurangi faktor risiko kardiovaskular.	Faktor risiko meningkatkan proses penyakit. Dengan mengubah perilaku, dukungan, petunjuk, dan empati dapat meningkatkan keberhasilan klien.
Bantu untuk mengembangkan jadwal sederhana.	Dengan mengikuti peraturan jadwal dapat memudahkan kerja sama.
Anjurkan sering mengubah posisi dan olahraga kaki saat berbaring.	Menurunkan bendungan vena perifer yang ditimbulkan oleh vasodilator dan duduk/berdiri terlalu lama.
Hindari mandi air panas,	Mencegah vasodilator dengan bahaya

ruang penguapan, dan penggunaan alkohol.	efek samping yaitu pingsan dan hipotensi.
Anjurkan meningkatkan masukan makanan/cairan tinggi kalium (jeruk, pisang, tomat, kentang, aprikot, kurma, buah ara, kismis, susu rendah lemak ( <i>yogurt</i> )).	Diuretik menurunkan kadar kalium. Penelitian menunjukkan konsumsi kalium 400-2000 mg per hari akan menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik.
Kenali tanda/gejala seperti sakit kepala saat bangun, peningkatan tekanan darah tiba-tiba, nyeri dada/sesak napas, nadi meningkat, pembengkakan perifer/abdomen, gangguan penglihatan, epitaksis, depresi/emosi labil, pusing, pingsan, kelemahan atau kram otot, mual/muntah, dan haus.	Deteksi dini terjadinya komplikasi, penurunan efektivitas/reaksi yang merugikan dari regimen obat memungkinkan untuk membuat intervensi.
Jelaskan rasional diet yang diharuskan (diet rendah natrium, lemak jenuh, dan kolesterol).	Kelebihan lemak jenuh, kolesterol, natrium, alkohol, dan kaloriberisiko hipertensi. Diet rendah lemak dan tinggi lemak tak jenuh menurunkan tekanan darah.
Bantu mengidentifikasi	Diet rendah garam selama dua tahun

<p>sumber masukan natrium (garam meja, daging dan keju olahan, saus, sup kaleng, soda kue).</p>	<p> mungkin mencukupi untuk mengontrol hipertensi sedang atau mengurangi jumlah obat yang dibutuhkan.</p>
<p>Hindari minuman yang mengandung kafein (kopi, teh, <i>cola</i>, coklat)</p>	<p>Kafein adalah stimulan jantung dan merugikan fungsi jantung.</p>
<p>Buat jadwal olahraga sendiri (berjalan, berenang).</p>	<p>Menurunkan tekanan darah dan menguatkan sistem kardiovaskular.</p>

(Kushariyadi 2010, hh. 101-116).

## **BAB III**

### **RESUME KASUS**

#### **1. Pengkajian**

Data yang diperoleh penulis dari wawancara dan observasi saat melakukan pengkajian pada PM.Y dari tanggal 5 sampai 9 Mei 2016 adalah sebagai berikut : Nama PM.Y umur 74 tahun, alamat dahulu Kulon Progo Yogyakarta, alamat sekarang Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Purbo Yuwono Brebes, jenis kelamin laki-laki, agama islam, status perkawinan menikah, Suku Jawa, pendidikan SMP. Alasan masuk ke unit pelayanan sosial lanjut usia atas keinginan sendiri karena di rumah ada masalah dengan anaknya. Riwayat pengkajian keluarga didapatkan data sebagai berikut: istri PM.Y masih hidup, umur 64 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga. PM.Y mempunyai satu anak, umur 49 tahun, alamat Yogyakarta, pekerjaan petani. Sebelum berusia lanjut, PM.Y bekerja sebagai wiraswasta sedangkan sekarang PM.Y tidak bekerja.

Pengkajian dari riwayat lingkungan, PM tinggal di unit pelayanan sosial lanjut usia Purbo Yuwono di ruang Flamboyan bersama lansia lainnya, jumlah semua lansia yang tinggal di unit pelayanan sosial lanjut usia Purbo Yuwono Brebes sebanyak 90 lansia, di ruang Flamboyan sendiri ada 17 lansia. Deskripsi hari khusus PM.Y yaitu PM.Y mengatakan pada saat sakit meminta obat yang tersedia di unit pelayanan sosial lanjut usia Purbo Yuwono Brebes kepada petugas. Tidak ada hari khusus, semua hari sama. PM.Y selalu mengikuti senam dan pengkajian. PM.Y mengatakan sebelum tidur membaca Do'a sebelum tidur dan jika tidur lebih suka dengan posisi miring. Status kesehatan umum selama satu tahun terakhir PM.Y kepala sering pusing dan sakit daerah tengkuk leher, nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri di bagian kepala, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul.



Saat dilakukan pengkajian tanggal 5 Mei 2016 pukul 17.00 WIB didapatkan data subjektif yang ditemukan yaitu, PM.Y mengatakan sering merasa sakit kepala dan sakit daerah tengkuk leher, nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri di bagian kepala, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul, PM.Y mengatakan sulit dalam beraktivitas terutama aktivitas yang berat, lemas dan cepat lelah. PM.Y mengatakan tidak mengetahui penyebab dan cara pencegahan penyakit hipertensi. Data objektif : PM.Y tampak menahan nyeri dan memegang leher bagian belakang, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 87x/menit, Pernafasan : 20x/menit, PM.Y tampak bingung ketika ditanya penyebab dan cara pencegahan penyakit hipertensi.

Tinjauan persistem Pada PM.Y Didapatkan keadaan umum : PM.Y mengeluh sering sakit kepala dan terasa berat di bagian belakang. Berdasarkan pengukuran skala nyeri didapatkan data : nyeri saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, kualitas nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa dibagian kepala, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul.

Pengkajian status fungsional yang dikaji menggunakan *Indeks Kats*. Nilai *indeks kats* pada PM.Y adalah A karena tingkat kemandirian dalam aktifitas sehari-hari seperti dalam hal kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi dapat dilakukan secara mandiri. Dari hasil pengkajian status kognitif dan afektif menggunakan format *Shot Portable Mental Questionnaire* (SPMSQ), PM.Y masih utuh / baik, PM dapat menjawab 10 dari 10 pertanyaan. Dari hasil pengkajian skala depresi PM.Y memperoleh nilai 15 maka PM.Y mengalami depresi ringan.

## **2. Diagnosa dan Intervensi Keperawatan**

Dari hasil pengkajian tanggal 5 mei 2016 pukul 17.00 WIB di dapatkan diagnosa sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.  
Ditandai dengan data subjektif : PM.Y mengatakan sering sakit kepala dan daerah tengkuk leher. P : nyeri bertambah sata beraktivitas dan

berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul. Data objektif : TD : PM.Y tampak menahan nyeri dan memegang kepala bagian belakang, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 87x/menit, Pernapasan : 20x/menit.

Tujuan dan kriteria : setelah dilakukan tindakan keperawatan dari tanggal 5 sampai 9 Mei 2016 diharapkan tekanan vaskuler serebral tidak meningkat dengan kriteria hasil : rasa nyeri kepala berkurang, PM.Y tampak rileks, skala nyeri menjadi 1.

Intervensi keperawatan : kaji tekanan darah, kaji tingkat nyeri, observasi penyebab nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, ajarkan teknik relaksasi progresif, anjurkan untuk banyak istirahat, pertahankan tirah baring.

Rasional : untuk memantau tekanan darah, untuk mengetahui tingkat nyeri, untuk mengetahui penyebab nyeri, untuk mengurangi rasa nyeri, untuk mengurangi rasa nyeri, untuk memberikan kenyamanan, untuk memfasilitasi drainase vena ke otak.

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum. Ditandai dengan data subjektif : PM.Y mengatakan sulit dalam beraktivitas terutama aktivitas yang berat, lemas dan cepat lelah. Data objektif : PM.Y tampak lemah, PM.Y dibantu orang lain ketika membawa barang yang berat.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan dari tanggal 5-9 Mei 2016 diharapkan dapat menunjukan kemampuan beraktivitas dengan kriteria hasil: PM menyatakan mampu menggerakakan tubuh.

Intervensi keperawatan : bantu PM.Y mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas, kembangkan aktivitas PM.Y dalam program latihan, beri semangat PM.Y untuk mencari bantuan dalam mempertahankan aktivitas.

Rasional : pengkajian akurat terhadap faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas memberikan dasar untuk membuat rencana keperawatan, program latihan fisik mempunyai efek menguntungkan pada kerja jantung, dukungan sosial meningkatkan penyembuhan dan mempertahankan pola hidup yang diharapkan.

- c. Kesiapan meningkatkan pengetahuan PM berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya. Ditandai dengan data subjektif : PM.Y mengatakan tidak mengetahui penyebab dan cara pencegahan penyakit hipertensi. Data objektif : PM.Y tampak bingung ketika ditanya penyebab dan cara pencegahan penyakit hipertensi.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan dari tanggal 5 sampai 9 Mei 2016 diharapkan PM.Y dapat mengerti tentang penyakitnya dengan kriteria hasil : PM.Y tau tentang penyakitnya, PM.Y tau cara mengatasi masalahnya.

Intervensi keperawatan : kaji tingkat pengetahuan PM, berikan pengetahuan (penkes tentang hipertensi), bantu pasien dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah misalnya pola hidup tidak teratur.

Rasional : untuk mengetahui tingkat pengetahuan PM, untuk mengetahui tentang penyakit hipertensi, untuk mencegah meningkatnya tekanan darah dengan memperhatikan faktor-faktor resiko.

### **3. Implementasi Keperawatan**

Penulis mengimplementasikan semua diagnosa selama 4 hari, mulai tanggal 5 sampai 9 Mei 2016 sebagai berikut :

Pada tanggal 5 Mei 2016 mengkaji keadaan umum dan tanda-tanda vital PM.Y dengan respon S: PM.Y mengatakan sering sakit kepala dan daerah tengkuk leher, O : PM.Y tampak menahan nyeri dan tampak memegang tengkuk lehernya, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 87x/menit, Pernafasan : 20x/menit. Mengkaji tingkat nyeri PM.Y, dengan respon S :

PM.Y mengatakan sering sakit kepala dan daerah tengkuk leher, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul, O : PM.Y tampak menahan nyeri dan memegang kepala bagian belakang. Mengajarkan PM.Y teknik relaksasi nafas dalam dengan respon S : PM.Y bersedia diajari teknik relaksasi nafas dalam, O : PM.Y tampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Menganjurkan PM.Y untuk istirahat dengan respon S : PM.Y mengatakan mau istirahat, O : PM.Y tampak istirahat. Menganjurkan PM.Y untuk tirah baring dengan respon S : PM.Y mengatakan bersedia, O : PM.Y tampak tidurnya kepala lebih tinggi dari pada kaki. Mengembangkan aktivitas PM.Y dalam program latihan dengan respon S : PM.Y mengatakan sering mengikuti senam pagi, O : PM.Y tampak mengikuti senam. Mengkaji tingkat pengetahuan PM.Y dengan respon S : PM.Y mengatakan tidak tau akan penyakitnya, O : PM.Y tampak bingung. Memberikan pengetahuan tentang penyakit hipertensi S : PM.Y mengatakan bersedia, O : PY.Y tampak memperhatikan. Membantu PM.Y dalam beraktivitas dengan respon S : PM.Y mengatakan bersedia dibantu aktivitasnya, O : PM.Y tampak senang.

Pada tanggal 6 Mei 2016 Mengkaji keadaan umum dan tanda-tanda vital PM.Y dengan respon S : PM.Y mengatakan sering sakit kepala dan daerah tengkuk leher, O : PM.Y tampak menahan nyeri dan tampak memegang tengkuk leher, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernapasan : 20x/menit. Mengkaji tingkat nyeri PM.Y dengan respon S : PM.Y mengatakan sakit kepala dan daerah tengkuk leher, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul, O : PM.Y tampak menahan nyeri dan memegang kepala bagian belakang. Mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam dengan respon S : PM.Y mengatakan lupa cara teknik relaksasi nafas dalam, O : PM.Y tampak berusaha mengingat sambil melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Mengajarkan PM.Y teknik relaksasi progresif dengan respon S : PM.Y

bersedia diajari teknik relaksasi progresif, O : PM.Y tampak melakukan teknik relaksasi nafas progresif. Mengajukan PM.Y untuk istirahat dengan respon S : PM.Y mengatakan mau istirahat, O : PM.Y tampak istirahat. Mengajukan PM.Y untuk tirah baring dengan respon S : PM.Y mengatakan bersedia, O : PM.Y tampak tidurnya kepala lebih tinggi dari pada kaki. Mengembangkan aktivitas PM.Y dalam program latihan dengan respon S : PM.Y mengatakan sering mengikuti senam pagi, O : PM.Y tampak mengikuti senam. Mengevaluasi tingkat pengetahuan PM.Y dengan respon S : PM.Y mengatakan lupa tentang pencegahan dan diet makanan penyakit hipertensi, O : PM.Y tampak berusaha mengingat. Membantu PM.Y dalam beraktivitas dengan respon S : PM.Y mengatakan bersedia dibantu aktivitasnya, O : PM.Y tampak senang.

Pada tanggal 7 Mei 2016 Mengkaji keadaan umum dan tanda-tanda vital PM.Y dengan respon S : PM.Y mengatakan sering sakit kepala dan daerah tengkuk leher, O : PM.Y tampak menahan nyeri dan tampak memegang tengkuk leher, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 83x/menit, Pernapasan : 20x/menit. Mengkaji tingkat nyeri PM.Y dengan respon S : PM.Y mengatakan sakit kepala dan daerah tengkuk leher, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 3, T : nyeri hilang timbul, O : PM.Y tampak menahan nyeri dan memegang kepala bagian belakang. Mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam dengan respon S : PM.Y mengatakan lupa cara teknik relaksasi nafas dalam, O : PM.Y tampak berusaha mengingat sambil melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Mengevaluasi teknik relaksasi progresif dengan respon S : PM.Y mengatakan lupa cara teknik relaksasi progresif, O : PM.Y tampak berusaha mengingat sambil melakukan gerakan teknik relaksasi progresif. Mengajukan PM.Y untuk istirahat dengan respon S : PM.Y mengatakan mau istirahat, O : PM.Y tampak istirahat. Mengajukan PM.Y untuk tirah baring dengan respon S : PM.Y mengatakan bersedia, O : PM.Y tampak kepala lebih tinggi dari pada kaki. Mengembangkan aktivitas PM.Y dalam program latihan dengan respon

S : PM.Y mengatakan sering mengikuti senam pagi, O : PM.Y tampak mengikuti senam. Mengevaluasi tingkat pengetahuan PM.Y dengan respon S : PM.Y mengatakan lupa tentang diet makanan penyakit hipertensi, O : PM.Y tampak berusaha mengingat. Membantu PM.Y dalam beraktivitas dengan respon S : PM.Y mengatakan bersedia dibantu aktivitasnya, O : PM.Y tampak senang.

Pada tanggal 9 Mei 2016 Mengkaji keadaan umum dan tanda-tanda vital PM.Y dengan respon S : PM.Y mengatakan sering sakit kepala dan daerah tengkuk leher, O : PM.Y tampak menahan nyeri dan tampak memegang tengkuk leher, TD : 150/90 mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernapasan : 20x/menit. Mengkaji tingkat nyeri PM.Y dengan respon S : PM.Y mengatakan sakit kepala berkurang, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 2, T : nyeri hilang timbul, O : PM.Y tampak rileks. Mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam dengan respon S : PM.Y mengatakan ingat cara teknik relaksasi nafas dalam, O : PM.Y tampak bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Mengevaluasi teknik relaksasi progresif dengan respon S : PM.Y mengatakan ingat cara teknik relaksasi progresif, O : PM.Y tampak bisa melakukan gerakan teknik relaksasi nafas progresif. Menganjurkan PM.Y untuk istirahat dengan respon S : PM.Y mengatakan mau istirahat, O : PM.Y tampak istirahat. Menganjurkan PM.Y untuk tirah baring dengan respon S : PM.Y mengatakan bersedia, O : PM.Y tampak kepala lebih tinggi dari pada kaki. Mengevaluasi tingkat pengetahuan PM.Y dengan respon S : PM.Y mengatakan ingat tentang penyakit hipertensi, O : PM.Y tampak menjelaskan tentang penyakit hipertensi. Membantu PM.Y dalam beraktivitas dengan respon S : PM.Y mengatakan bersedia dibantu aktivitasnya, O : PM.Y tampak senang.

#### **4. Evaluasi Keperawatan**

Penulis mengevaluasi semua diagnosa dari tanggal 6-10 Mei 2016 yaitu:

Pada tanggal 6 Mei 2016 :

- a. Nyeri akut belum teratasi dengan evaluasi : S: PM.Y mengatakan sakit kepala dan daerah tengkuk leher, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul. O: PM.Y tampak menahan nyeri dan memegang kepala bagian belakang, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 87x/menit, Pernapasan : 20x/menit. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : kaji tekanan darah, kaji tingkat nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, ajarkan teknik relaksasi progresif, anjurkan banyak istirahat, anjurkan tirah baring.
- b. Intoleransi aktivitas belum teratasi dengan evaluasi : S : PM.Y mengatakan sulit dalam beraktivitas terutama aktivitas yang berat, lemas dan cepat lelah. Data objektif : PM.Y tampak lemah, PM.Y dibantu orang lain ketika membawa barang yang berat. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : bantu PM.Y mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas, kembangkan aktivitas PM.Y dalam program latihan, beri semangat PM.Y untuk mencari bantuan dalam mempertahankan aktivitas.
- c. Kesiapan meningkatkan pengetahuan PM sudah teratasi dengan evaluasi : S : PM.Y mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya. O : PM.Y tampak bingung. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : kaji tingkat pengetahuan PM.Y, berikan pengetahuan (penkes tentang hipertensi).

Pada tanggal 7 Mei 2016

- a. Nyeri akut belum teratasi dengan evaluasi : S: PM.Y mengatakan sakit kepala dan daerah tengkuk leher, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul. O : PM.Y tampak menahan nyeri dan memegang kepala bagian belakang, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernapasan : 20x/menit. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : kaji tekanan darah, kaji tingkat

nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, ajarkan teknik relaksasi progresif, anjurkan banyak istirahat, anjurkan tirah baring.

- b. Intoleransi aktivitas belum teratasi dengan evaluasi : S : PM.Y mengatakan sulit dalam beraktivitas terutama aktivitas yang berat, lemas dan cepat lelah. Data objektif : PM.Y tampak lemah, PM.Y dibantu orang lain ketika membawa barang yang berat. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : bantu PM.Y mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas, kembangkan aktivitas PM.Y dalam program latihan, beri semangat PM.Y untuk mencari bantuan dalam mempertahankan aktivitas.
- c. Kesiapan meningkatkan pengetahuan PM belum teratasi dengan evaluasi : S : PM.Y mengatakan lupa tentang pencegahan dan diet makanan tentang hipertensi. O : PM.Y tampak berusaha mengingat. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : kaji tingkat pengetahuan PM.Y, berikan pengetahuan (penkes tentang hipertensi).

Pada tanggal 8 Mei 2016

- a. Nyeri akut belum teratasi dengan evaluasi : S: PM.Y mengatakan sakit kepala dan daerah tengkuk leher, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 3, T : nyeri hilang timbul. O : PM.Y tampak menahan nyeri dan memegang kepala bagian belakang, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 83x/menit, Pernapasan : 20x/menit. A: masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : kaji tekanan darah, kaji tingkat nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, ajarkan teknik relaksasi progresif, anjurkan banyak istirahat, anjurkan tirah baring.
- b. Intoleransi aktivitas belum teratasi dengan evaluasi : S : PM.Y mengatakan sulit dalam beraktivitas terutama aktivitas yang berat, lemas dan cepat lelah. Data objektif : PM.Y tampak lemah, PM.Y dibantu orang lain ketika membawa barang yang berat. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : bantu PM.Y mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas, kembangkan aktivitas



PM.Y dalam program latihan, beri semangat PM.Y untuk mencari bantuan dalam mempertahankan aktivitas.

- c. Kesiapan meningkatkan pengetahuan PM belum teratasi dengan evaluasi : S : PM.Y mengatakan lupa tentang diet makanan tentang hipertensi. O : PM.Y tampak berusaha mengingat. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : kaji tingkat pengetahuan PM.Y, berikan pengetahuan (penkes tentang hipertensi).

Pada tanggal 10 Mei 2016

- a. Nyeri akut belum teratasi dengan evaluasi : S: PM.Y mengatakan sakit kepala berkurang, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 2, T : nyeri hilang timbul. O : PM.Y tampak rileks, TD : 150/90 mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernapasan : 20x/menit. A: masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : kaji tekanan darah, kaji tingkat nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, ajarkan teknik relaksasi progresif, anjurkan banyak istirahat, anjurkan tirah baring.
- b. Intoleransi aktivitas belum teratasi dengan evaluasi : S : PM.Y mengatakan sulit dalam beraktivitas terutama aktivitas yang berat, lemas dan cepat lelah. Data objektif : PM.Y tampak lemah, PM.Y dibantu orang lain ketika membawa barang yang berat. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi : bantu PM.Y mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas, kembangkan aktivitas PM.Y dalam program latihan, beri semangat PM.Y untuk mencari bantuan dalam mempertahankan aktivitas.
- c. Kesiapan meningkatkan pengetahuan PM teratasi dengan evaluasi : S : PM.Y mengatakan sudah tahu tentang hipertensi. O : PM.Y tampak tidak bingung. A : masalah teratasi. P : lanjutkan intervensi : kaji tingkat pengetahuan PM.Y, berikan pengetahuan (penkes tentang hipertensi).

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan mengemukakan kesenjangan yang ditemukan antara konsep yang ada pada kasus yang ditemukan selama asuhan keperawatan yang dimulai tanggal 5-9 Mei 2016. Kesenjangan tersebut dilihat dengan memperlihatkan aspek-aspek tahapan keperawatan dimulai dari tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan sampai tahap evaluasi keperawatan pada asuhan keperawatan gerontik pada PM. Y dengan hipertensi diruang flamboyan unit pelayanan sosial lanjut usia Purbo Yuwono Brebes.

#### **1. Pengkajian**

Saat dilakukan pengkajian tanggal 5-9 mei 2016 pukul 16:30 WIB didapatkan data subjektif : PM.Y mengatakan sering sakit kepala dan daerah tengkuk leher, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul. PM.Y mengatakan sulit dalam beraktivitas terutama aktivitas yang berat, lemas dan cepat lelah. PM.Y mengatakan tidak mengetahui penyebab dan cara pencegahan penyakit hipertensi. Data objektif : TD : PM.Y tampak menahan nyeri dan memegangi kepala bagian belakang, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 87x/menit, Pernapasan : 20x/menit. PM.Y tampak lemah, PM.Y dibantu orang lain ketika membawa barang yang berat. PM.Y tampak bingung ketika ditanya penyebab dan cara pencegahan penyakit hipertensi.

Tinjauan persistem Pada PM.Y Didapatkan keadaan umum : PM.Y mengeluh sering sakit kepala dan terasa berat di bagian belakang. Berdasarkan pengukuran skala nyeri didapatkan data : nyeri saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, kualitas nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa dibagian kepala, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul.

Pengkajian status fungsional yang dikaji menggunakan *Indeks Kats*. Nilai *indeks kats* pada PM.Y adalah A karena tingkat kemandirian dalam aktifitas sehari-hari seperti dalam hal kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi dapat dilakukan secara mandiri. Dari hasil pengkajian status kognitif dan afektif menggunakan format *Short Portable Mental Questionnaire* (SPMSQ), PM.Y masih utuh / baik, PM dapat menjawab 10 dari 10 pertanyaan. Dari data pengkajian skala depresi, PM.Y memperoleh nilai 15 maka PM.Y mengalami depresi ringan.

## **2. Diagnosa Keperawatan, Tindakan Keperawatan dan Evaluasi**

### **a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral**

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dengan istilah kerusakan, awitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan (Wilkinson & Judith 2011, h. 530).

Diagnosa nyeri akut menjadi diagnosa prioritas, karena jika diagnosa ini tidak segera ditangani akan terjadi komplikasi seperti stroke dan gagal ginjal. Sedangkan menurut konsep kebutuhan manusia Maslow, nyeri akut masuk kedalam kebutuhan keselamatan dan rasa aman nyaman yang merupakan urutan kedua dari hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow (Mubarak 2007, h. 2).

Intervensi menurut Kushariyadi (2010 h.108) pada diagnosa nyeri akut yang berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral yaitu : kaji tekanan darah, kaji tingkat nyeri, observasi penyebab nyeri, anjurkan teknik relaksasi nafas dalam, anjurkan teknik relaksasi progresif, anjurkan untuk banyak istirahat, pertahankan tirah baring.

Tindakan keperawatan nyeri akut yang diberikan pada PM.Y selama 4 hari dimulai tanggal 5 - 9 Mei 2016 adalah sebagai berikut : Kaji tekanan darah. Kaji tingkat nyeri. Ajarkan teknik relaksasi nafas

dalam. Ajarkan teknik relaksasi progresif. Anjurkan untuk istirahat. Anjurkan untuk tirah baring. Data subjektif : PM.Y mengatakan sakit kepala berkurang, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 2, T : nyeri hilang timbul. DO : PM.Y tampak menahan nyeri, TD 150/90 mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernapasan : 20x/menit.

Kekuatan : saat dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, teknik relaksasi progresif dan tirah baring PM.Y tampak bisa melakukan secara mandiri dan nyeri yang dirasakan PM.Y berkurang, yang awalnya 4 menjadi 2.

Kelemahan : PM.Y terkadang sering lupa cara teknik relaksasi nafas dalam, teknik relaksasi progresif dan tirah baring.

Solusi : Seharusnya para pengasuh mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, teknik relaksasi progresif dan tirah baring setiap hari.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama empat hari hasil evaluasi pada hari terakhir tanggal 10 Mei 2016 pukul 16:00 WIB ditandai dengan data subjektif: PM.Y mengatakan sakit kepala berkurang, P : nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala, S : skala nyeri 2, T : nyeri hilang timbul. DO : TD 150/90 mmHg, Nadi : 80x/menit, Pernapasan : 20x/menit. Analisa: masalah nyeri akut belum teratasi karena nyeri kepala belum hilang dan skala nyeri masih 2. Intervensi : lanjutkan intervensi : Kaji tekanan darah. Kaji tingkat nyeri. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Ajarkan teknik relaksasi progresif. Anjurkan untuk istirahat. Anjurkan untuk tirah baring.

b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi fisiologis atau psikologis untuk melanjutkan atau menyesuaikan aktivitas sehari-hari yang ingin atau harus dilakukan (Wilkinson & Judith 2011, h. 24).

Diagnosa intoleransi aktivitas menjadi diagnosa kedua, karena jika tidak ditindak lanjuti maka keadaan PM.Y akan semakin lemah dan sulit

beraktivitas. Sedangkan menurut konsep kebutuhan manusia Maslow, intoleransi aktivitas masuk kedalam kebutuhan fisiologis yang merupakan urutan pertama dari hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow (Mubarak 2007, h. 2).

Intervensi menurut Kushariyadi (2010 h.106) pada diagnosa intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan kelemahan umum yaitu : bantu PM.Y mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas, kembangkan aktivitas PM.Y dalam program latihan, beri semangat PM.Y untuk mencari bantuan dalam mempertahankan aktivitas.

Tindakan keperawatan intoleransi aktivitas yang diberikan pada PM.Y selama 4 hari dimulai tanggal 5 - 9 Mei 2016 adalah sebagai berikut : Bantu PM.Y mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas. Kembangkan aktivitas PM.Y dalam program latihan. Beri semangat PM.Y untuk mencari bantuan dalam mempertahankan aktivitas. Data subjektif : PM.Y mengatakan sulit dalam beraktivitas terutama aktivitas yang berat, lemas dan cepat lelah. Data objektif : PM.Y tampak lemas, PM.Y tampak dibantu orang lain ketika membawa barang yang berat.

Kekuatan : setiap pagi PM.Y selalu mengikuti senam yang diadakan di Unit Pelayanan Sosial Lansia Purbo Yuwono Brebes.

Kelemahan : pada saat senam PM.Y mengatakan sering kelelahan sehingga PM.Y meninggalkan area senam.

Solusi : seharusnya para pengasuh memberikan tempat duduk untuk para PM yang kelelahan, sehingga mereka tidak meninggalkan area senam karena alasan kelelahan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama empat hari hasil evaluasi pada hari terakhir tanggal 10 Mei 2016 pukul 16:00 WIB ditandai dengan data subjektif : PM.Y mengatakan sulit dalam beraktivitas terutama aktivitas yang berat, lemas dan cepat lelah. Data objektif : PM.Y tampak lemas, PM.Y dibantu orang lain ketika

membawa barang yang berat. Analisa : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi karena kemampuan aktivitas PM.Y belum bisa baraktivitas secara mandiri masih perlu dibantu oleh orang lain. Intervensi : lanjutkan intervensi : bantu PM.Y mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menurunkan toleransi aktivitas. Kembangkan aktivitas PM.Y dalam program latihan. Beri semangat PM.Y untuk mencari bantuan dalam mempertahankan aktivitas.

- c. Kesiapan meningkatkan pengetahuan PM berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya

Kesiapan meningkatkan pengetahuan adalah pola pertukaran informasi dan ide dengan orang lain yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan dan tujuan hidup seseorang serta dapat ditingkatkan (Wilkinson & Judith 2011, h. 128).

Diagnosa kesiapan meningkatkan pengetahuan menjadi diagnosa ketiga, karena jika tidak ditindak lanjuti maka PM.Y tidak peduli akan kesehatannya. Sedangkan menurut konsep kebutuhan manusia Maslow, kesiapan meningkatkan pengetahuan masuk kedalam kebutuhan aktualisasi diri yang merupakan urutan terakhir dari hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow (Mubarak 2007, h. 2).

Intervensi menurut Kushariyadi (2010 h. 113) pada diagnosa kesiapan meningkatkan pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya yaitu : kaji tingkat pengetahuan PM, berikan pengetahuan (penkes tentang hipertensi), bantu PM.Y dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah misalnya pola hidup tidak teratur.

Tindakan keperawatan kesiapan meningkatkan pengetahuan PM yang diberikan pada PM.Y selama 4 hari dimulai tanggal 5 - 9 Mei 2016 adalah sebagai berikut : Kaji tingkat pengetahuan PM, berikan pengetahuan (penkes tentang hipertensi), bantu PM.Y dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah

misalnya pola hidup tidak teratur. Data subjektif : PM.Y mengatakan tidak mengetahui penyebab dan cara pencegahan penyakit hipertensi. Data objektif : PM.Y tampak bingung ketika ditanya penyebab dan cara pencegahan penyakit hipertensi.

Kekuatan : ketika PM.Y diberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, penyebab, pencegahan, diet makanan hipertensi PM.Y tampak memperhatikan dan memahami.

Kelemahan : PM.Y terkadang sering lupa saat ditanya kembali tentang pengertian, penyebab, pencegahan, diet makanan hipertensi.

Solusi : Seharusnya para pengasuh memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, penyebab, pencegahan, diet makanan hipertensi minimal dua hari sekali.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama empat hari hasil evaluasi pada hari terakhir tanggal 10 Mei 2016 pukul 16:00 WIB ditandai dengan data subjektif : mengatakan sudah tau tentang penyakitnya. Data objektif : PM.Y tampak tidak bingung. Analisa: masalah kesiapan meningkatkan pengetahuan sudah teratasi karena ketika PM.Y ditanya sudah tau tentang penyakitnya dan tidak bingung. Intervensi : pertahankan intervensi : kaji tingkat pengetahuan PM, berikan pengetahuan (penkes tentang hipertensi), bantu PM.Y dalam mengidentifikasi faktor-faktor resiko kardiovaskuler yang dapat diubah misalnya pola hidup tidak teratur.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

1. Dalam melakukan asuhan keperawatan PM.Y dengan hipertensi di ruang flamboyan Unit Pelayanan Rehabilitasi Sosial Purobo Yuwono Brebes. Penulis menggunakan tahap proses keperawatan yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.
2. Berdasarkan hasil pengkajian PM.Y mengalami hipertensi karena ditemukan data yang menunjukkan gejala terjadinya hipertensi seperti menderita sakit pada kepala tengkuk leher, nyeri skala 4, terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat. Mengalami keterbatasan pergerakan karena terjadinya penurunan fungsi fisiologis tubuh pada lansia, dan juga mengalami keterbatasan pengetahuan terhadap informasi tentang hipertensi. pemeriksaan tekanan darah menunjukkan TD : 150/100 mmHg, Nadi : 87x/menit, Pernafasan : 20x/menit.
3. Diagnosa keperawatan yang ditemukan klien dengan hipertensi tidak semua penulis dapatkan pada PM.Y. Pada saat pengkajian penulis hanya mendapatkan tiga diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan peningkatan tekanan vasuler serebral, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, kesiapan meningkatnya pengetahuan PM berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya.
4. Rencana dan Tindakan Keperawatan  
Perencanaan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan melihat kondisi dan kesanggupan PM.Y. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang ada.



## 5. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari maka pada tanggal 9 Mei 2016 dilakukan evaluasi. Dari 3 diagnosa keperawatan yang muncul ada 2 diagnosa yang belum teratasi yaitu masalah nyeri akut dan intoleransi aktivitas, sedangkan 1 diagnosa sudah teratasi yaitu kesiapan meningkatnya pengetahuan PM.

## B. Saran

### 1. Bagi Mahasiswa

Perlunya meningkatkan pengetahuan mahasiswa tentang asuhan keperawatan lansia dengan masalah utama hipertensi, sehingga bisa meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan lansia dengan tepat.

### 2. Bagi Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Purbo Yuwono Brebes

Agar dalam memberikan tindakan keperawatan kepada PM juga harus dilakukan tindakan-tindakan mandiri perawat, misalnya PM yang mengalami hipertensi harus diberi diet yang sesuai. Sebaiknya perawat harus lebih tanggap terhadap masalah yang dikeluhkan PM dan dapat memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kondisi dan respon PM.

### 3. Bagi Institusi

Diharapkan Institusi akademik agar terus mengembangkan dan menambahkan referensi atau buku untuk para mahasiswanya tentang hipertensi pada lansia, untuk mempermudah bagi penulis atau peneliti selanjutnya untuk mendapat sumber-sumber referensi dan mengembangkan ilmu pengetahuan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ardiansyah, Muhamad. 2012. *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Jogjakarta : Diva Press
- Arsip Unit Pelayanan Lanjut Usia Purbo Yuwono Brebes. 2015
- Azizah, Lilik Ma'rifatul. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Corwin, Elizabeth J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta : EGC
- Darmojo, R, Boedhi & Martono, H, Hadi. 2006. *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Darmojo, R, Boedhi & Martono, H, Hadi. 2011. *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Dinkes 2012, *Hipertensi*, di lihat 17 April 2016 [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2012/13\\_Profil\\_Kes.Prov.JawaTengah\\_2012.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/13_Profil_Kes.Prov.JawaTengah_2012.pdf)
- Handayani, Yessy N & Sartika, Ratu A. 2013. *Hipertensi Pada Pekerja Migas X di Kalimantan Timur*. Indonesia. Di lihat 17 April 2016 <http://journal.ui.ac.id/index.php/health/article/viewFile/2007/1535>
- Mubarak, Wahit I & Chayatin N. 2007. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori & Aplikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Nuratif, Amin H & Kusuma H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic Noc, Jilid 1*. Yogyakarta : Media Action

Stockslager, Jaime L. 2007. *Buku Saku Asuhan Keperawatan Berdasarkan Geriatri, Edisi 2*. Jakarta : EGC

Sustrani, Lanny, Syamsir Alam & Iwan Hadibroto. 2005. *Hipertensi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

Wijaya, Andra S & Putri, Yessy M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori Dan Askep*

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/31642/5/ChapterII.pdf> diakses

pada tanggal 20 juni 2016 jam 14:10 WIB