

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Hipertensi

2.1.1 Pengertian

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang lima menit dalam keadaan tenang. Tekanan darah diukur dalam posisi duduk dan berbaring. (Musakkar & Djafar, 2021).

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. Semakin tinggi tekanan darah maka makin besar pula resikonya. (Sylvia A. Price, 2015).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Kemenkes RI, 2019).

Hipertensi merupakan keadaan seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Tekanan darah sistolik merupakan pengukur utama yang menjadi penentuan diagnosis hipertensi. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (stroke).

2.1.2 Klasifikasi

Tabel 2.1
Klasifikasi Hipertensi

| Kategori | TDS (mmHg) | | TDD (mmHg) |
|--------------------------------|------------|------|------------|
| Normal | < 120 | Dan | < 80 |
| Pra-hipertensi | 120 - 139 | atau | 80 - 89 |
| Hipertensi tingkat 1 | 140 - 159 | atau | 90 - 99 |
| Hipertensi tingkat 2 | ≥ 160 | atau | ≥ 100 |
| Hipertensi sistolik terisolasi | ≥ 140 | dan | < 90 |

Sumber : (JNC-VII 2015).

2.1.3 Penyebab

Beberapa penyebab hipertensi menurut (Musakkar & Djafar, 2021), yaitu:

a. Keturunan

Jika seseorang memiliki orang tua atau saudara yang mengidap hipertensi maka besar kemungkinan orang tersebut menderita hipertensi.

b. Usia

Semakin bertambah usia maka tekanan darah pun akan meningkat.

c. Garam

Dapat meningkatkan TD dengan cepat pada beberapa orang.

d. Kolesterol

Lemak yang berlebih dalam darah dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah, sehingga mengakibatkan pembuluh darah menyempit dan tekanan darah pun meningkat.

e. Obesitas/kegemukan

Orang yang memiliki 30% dari berat badan ideal memiliki risiko lebih tinggi mengidap hipertensi.

f. Stress

Stres merupakan masalah yang memicu terjadinya hipertensi di mana hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu).

g. Rokok

Merokok dapat memicu terjadinya tekanan darah tinggi, jika merokok dalam keadaan menderita hipertensi maka akan dapat memicu penyakit yang berkaitan dengan jantung dan darah.

h. Kafein

Kafein yang terdapat pada kopi, teh, ataupun minuman bersoda dapat meningkatkan tekanan darah.

i. Alkohol

Mengonsumsi alkohol yang berlebih dapat meningkatkan tekanan darah.

j. Kurang olahraga

Kurang berolahraga dan bergerak dapat meningkatkan TD, jika menderita hipertensi agar tidak melakukan olahraga berat.

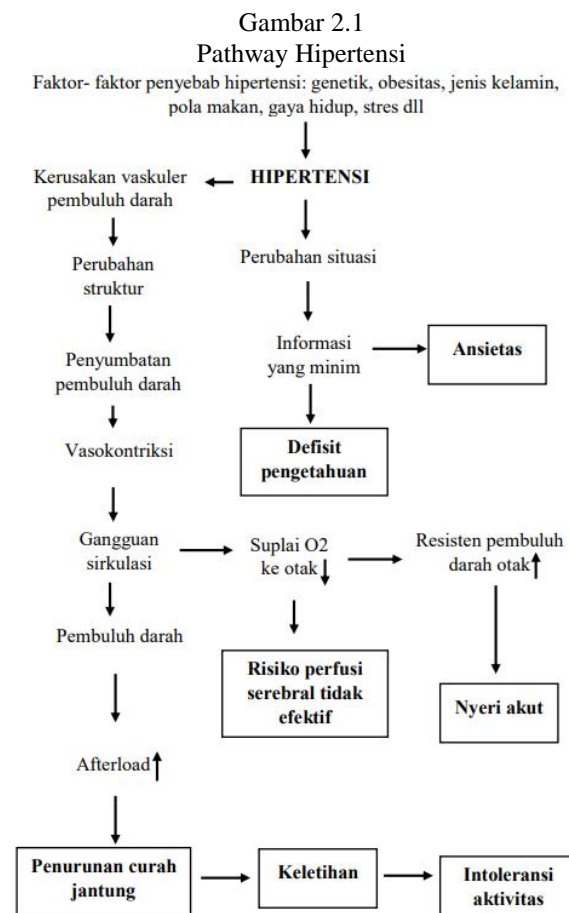
2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala hipertensi menurut (Salma, 2020), yaitu sakit kepala (biasanya pada pagi hari sewaktu bangun tidur), bising (bunyi “nging”) di telinga, jantung berdebar-debar, pengelihatn kabur, mimisan, tidak ada perbedaan tekanan darah walaupun berubah posisi.

Menurut Putri Dafriani (2019), pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus).

Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan timbul tanpa gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi berupa sakit kepala, rasa nyeri dan tidak nyaman pada tengkuk, perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh, berdebar atau detak jantung terasa cepat, telinga berdenging.

2.1.5 Pathway



Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015).

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Nurrahmanto (2021), Penatalaksanaan pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan cara farmakologis dan non farmakologis diantaranya:

a. Farmakologi (Obat-obatan)

Hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian atau pemilihan obat anti hipertensi yaitu:

- 1) Mempunyai efektivitas yang tinggi
- 2) Mempunyai toksitas dan efek samping ringan
- 3) Memungkinkan penggunaan obat secara oral
- 4) Tidak menimbulkan intoleransi
- 5) Harga obat murah sehingga terjangkau klien
- 6) Memungkin penggunaan jangka panjang.

Golongan obat-obatan yang diberikan pada klien dengan hipertensi seperti:

1) Diuretik (Hidroklorotiazid)

Dapat menurunkan tekanan darah dengan mengeluarkan kelebihan air dan garam dalam tubuh melalui ginjal.

- 2) **Betabloker (Metoprolol, propranolol dan atenolol)**
Obat ini membantu organ jantung memperlambat detaknya sehingga darah yang dipompa jantung lebih sedikit dibandingkan pembuluh darah sehingga tekanan darah menurun.
- 3) **ACE Inhibitor**
Obat ini mencegah tubuh membentuk hormon angiotensin II yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Alhasil, tekanan darah akan turun.
- 4) **Angiotensin II Reseptor Blockers**
Obat ini memberikan perlindungan terhadap pembuluh darah dari hormon angiotensin II dan mengakibatkan pembuluh darah rileks serta melebar.
- 5) **Klasium Channel Bloker**
Obat jenis ini bertugas untuk mengatur kalsium agar masuk kedalam sel otot jantung dan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi rileks dan tekanan darah turun.
- 6) **Alpha Bloker**
Untuk mengurangi impuls saraf yang mengakibatkan pembuluh darah mengencang.

7) Inhibitor sistem saraf

Obat jenis ini bertugas meningkatkan impuls saraf dari otak untuk bersantai dan memperlebar pembuluh darah sehingga tekanan darah dapat turun.

8) Vasodilatator

Berfungsi untuk mengendurkan otot-otot dinding pembuluh darah sehingga tekanan darah menurun.

b. Non Farmakologi

1) Diet

Pembatasan atau kurangi konsumsi garam. Penurunan berat badan dapat membantu menurunkan tekanan darah bersama dengan penurunan aktivitas rennin dalam plasma dan penurunan kadar adosteron dalam plasma. Membatasi asupan jumlah kalori, garam, kolesterol, lemak dan lemak jenuh dari makanan. Perlu juga untuk mengurangi atau hindari merokok.

2) Aktivitas

Ikut berpartisipasi pada setiap kegiatan yang sudah disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan, seperti berjalan, jogging, bersepeda, atau berenang.

3) Istirahat yang cukup

Istirahat dengan cukup memberikan kebugaran bagi tubuh dan mengurangi beban kerja tubuh.

4) Kurangi stress

Mengurangi stress dapat menurunkan tegang otot saraf sehingga dapat mengurangi peningkatan tekanan darah.

2.2 Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif akibat Hipertensi

2.2.1 Pengertian

Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) merupakan keadaan menyebabkan berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Masalah ini dapat berisiko mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan. Sehingga pada masalah keperawatan risiko perfusi serebral ini dapat berhubungan dengan aliran arteri terhambat, reduksi mekanis dari aliran vena/arteri, kerusakan transportasi oksigen melewati kapiler/alveolar (Herdman, 2014)

2.2.2 Faktor Risiko

Beberapa faktor risiko yang berhubungan pada terjadinya risiko perfusi serebral tidak efektif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial, penurunan kinerja ventrikel kiri, terosklerosis aorta, diseksi

arteri, fibrilasi atrium, tumor otak, stenosis karotis, miksoma atrium, aneurisma serebri, koagulopati (misalnya anemia sel sabit), dilatasi kardiomiopati, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme, cedera kepala, hiperkolesteronemia, hipertensi, endokarditis infeksi, katup prostetik mekanis, stenosis mitral, neoplasma otak, infark miokard akut, sindrom sick sinus, penyalahgunaan zat, terapi trombolitik, penyalahgunaan zat.

Hipertensi merupakan faktor risiko utama yang dapat mengakibatkan pecahnya maupun penyempitan pembuluh darah ke otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan menimbulkan perdarahan, akan sangat fatal bila terjadi interupsi aliran darah ke bagian distal, di samping itu darah ekstrasvasi akan tertimbun sehingga akan menimbulkan tekanan intracranial yang meningkat, sedangkan penyempitan pembuluh darah otak akan menimbulkan terganggunya aliran darah ke otak dan sel-sel otak akan mengalami kematian. (Hasan, 2018).

2.2.3 Metode Pengukuran

Dengan *Mean Arterial Pressure* (MAP) adalah metode pengukuran yang memperhitungkan aliran, resistensi, dan tekanan di dalam arteri. MAP dikatakan normal jika berkisar 70 hingga 110 mmHg.

- a. Jika MAP tinggi bisa menyebabkan penyakit jantung lebih lanjut, pembekuan darah, serangan jantung, dan stroke.
- b. Jika MAP rendah maka organ-organ vital dalam tubuh tidak mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan untuk bertahan hidup.

Cara pengukuran MAP : $\frac{1}{3}(\text{SBP}) + \frac{2}{3}(\text{DBP})$

Keterangan:

- a. SBP : *Systolic Blood Pressure* (tekanan darah sistolik)
- b. DBP : *Diastolic Blood Pressure* (tekanan darah diastolik).

2.2.4 Penatalaksanaan

- a. Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)

- 3) Monitor status pernapasan
- 4) Monitor intake dan output cairan.

Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 2) Berikan posisi semi Fowler
- 3) Hindari maneuver Valsalva
- 4) Cegah terjadinya kejang
- 5) Hindari penggunaan PEEP
- 6) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- 7) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
- 8) Pertahankan suhu tubuh normal kolaborasi.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.

b. Pemantauan Tekanan Intrakranial .

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi, intrakranial idiopatik)
- 2) Monitor peningkatan TD
- 3) Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
- 4) Monitor ireguleritas irama napas
- 5) Monitor penurunan tingkat kesadaran
- 6) Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil
- 7) Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan
- 8) Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK.

Terapeutik

- 1) Pertahankan posisi kepala dan leher netral
- 2) Dokumentasikan hasil pemantauan.

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

c. Pemberian Obat

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat
- 2) Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi
- 3) Periksa tanggal kadaluarsa obat
- 4) Monitor tanda vital dan laboratorium sebelum pemberian obat, jika perlu
- 5) Monitor efek terapeutik obat
- 6) Monitor efek samping, toksisitas dan interaksi obat.

Terapeutik

- 1) Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat
- 2) Hindari interupsi saat mempersiapkan, memverifikasi, atau mengelola obat
- 3) Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi)
- 4) Fasilitasi minum obat
- 5) Tanda tangani pemberian narkotika, sesuai protokol
- 6) Dokumentasikan pemberian obat dan respons obat.

Edukasi

- 1) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian
- 2) Jelaskan faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan efektifitas obat.

d. Pemberian *Slow Stroke Back Massage* (SSBM)

Upaya Penanganan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
Manajemen perfusi serebral yang dapat dilakukan untuk menurunkan tekanan darah yaitu terapi *Slow Stroke Back Massage*. Terapi ini merupakan stimulasi yang dilakukan pada kulit punggung dengan usapan yang perlahan. Efek yang dihasilkan yaitu penurunan curah jantung, volume sekuncup dan kecepatan denyut jantung yang nantinya membantu penurunan tekanan darah (Putu et al., 2016).

SSBM pertama kali diperkenalkan dalam konteks rumah sakit oleh Elizabeth pada tahun 1996 sebagai pijatan dengan gerakan tangan yang lambat, lembut, dan berirama pada punggung pasien dengan kecepatan tetap (sekitar 60 gerakan per menit) selama 3 - 10 menit. SSBM telah dilakukan selama lebih dari 1.000 tahun di Cina kuno dan India (Jalalodini et al., 2016).

Hasil penelitian sejalan lainnya yang dilakukan oleh Putu et al., (2016) menyatakan intervensi SSBM lebih menurunkan tekanan darah dengan persentase tekanan darah sistolik sebesar 12,20% dan diastolik 16,11% daripada intervensi latihan deep breathing dengan persentase tekanan darah sistolik sebesar 5,2% dan diastolik 9,16%.

2.3 Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. N Dengan Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Akibat Hipertensi

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengadakan kegiatan mengumpulkan data-data atau mendapatkan data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2021):

1) Identitas

Mengkaji biodata klien yang berisi kan nama klien, alamat, tempat/tanggal lahir, jenis kelamin, suku, agama, pendidikan, status perkawinan, orang yang dapat dihubungi, tanggal masuk panti, tanggal pengkajian, biodata keluarga.

2) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan yang perlu dikaji diantaranya:

- a. Riwayat kesehatan saat ini: catatan tentang riwayat kesehatan klien saat dilakukan pengkajian.
- b. Riwayat kesehatan dahulu: catatan tentang kesehatan yang pernah dialami klien sebelum masuk panti.
- c. Riwayat kesehatan keluarga: catatan tentang kesehatan keluarga yang berhubungan dengan kesehatan klien saat ini.

3) Tinjauan Sistem

Pada pengkajian fisik meliputi pemeriksaan pada:

- a. Keadaan umum
Biasanya klien ditemukan kondisi yang lemah dan sulit berkonsentrasi.
- b. Kepala dan leher
Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, telinga terkadang berdenging, adakah gangguan pendengaran, lidah terasa tebal, ludah lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah penglihatan kabur atau ganda, diplopia, lensa mata keruh.

c. Sistem integumen

Turgor kulit menurun, adanya luka akibat bed rest yang lama, kemerahan kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

d. Sistem pernafasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Cek jalan nafas dengan tujuan menjaga jalan nafas disertai kontrol servikal jika dicurigai adanya fraktur servikal (cedera tulang belakang) atau *basis cranii* (fraktur yang meluas). Ukur frekuensi nafas klien dan dengarkan jika ada nafas tambahan. Kaji adanya sumbatan jalan napas, karena adanya penurunan kesadaran/koma sebagai akibat dari gangguan transport oksigen ke otak.

Mengecek pernafasan untuk mengelola pernafasan agar oksigenasi adekuat. Jika merasa sesak segera berikan terapi oksigen sesuai indikasi.

e. Sistem kardiovaskuler

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer, takikardi/bradikardi. Kaji frekuensi napas, suhu tubuh, saturasi, produksi urin, edema, warna kulit, CRT, akral, turgor kulit, kesemutan dibagian ekstremitas, keringat dingin, hipotermi, nadi lemah, tekanan darah.

f. Sistem pencernaan

Terdapat adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

g. Sistem Reproduksi

Perubahan pada pembuluh darah yang memperdarahi sistem reproduksi menyebabkan terjadinya ejakulasi dini bahkan sampai impotensi.

h. Sistem perkemihan

Poliuri, retensio urine, inkontinensia urine.

i. Sistem musculoskeletal

Penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri.

j. Sistem neurologis

Terjadi penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi. Kaji status umum dan neurologi dengan memeriksa atau cek GCS dan cek reflek pupil.

4) Pengkajian Psikososial dan Spiritual

Pengkajian psikososial meliputi pengkajian tampilan dan perilaku klien secara umum seperti kemampuan motorik, bahasa, menulis dan sensori, pengkajian tingkat kesadaran, orientasi, rentang perhatian, daya ingat, kemampuan kognitif, dan pengetahuan umum situasi kehidupannya, pengkajian disfungsi mental, pengkajian sosialisasi klien dengan menanyakan kemampuan sosialisasi klien saat ini, kaji sikap klien pada orang lain, tanyakan harapan klien dalam melakukan sosialisasi, dan kepuasan klien dalam sosialisasi.

Pengkajian spiritual meliputi kaji agama, kegiatan keagamaan, konsep/keyakinan klien tentang kematian, harapan-harapan klien yang berhubungan dengan kematiannya. Klien umumnya bertawakkal kepada Allah atas apa yang terjadi pada dirinya. Sebagian klien mungkin melakukan ibadah untuk meminta pertolongan dan kesembuhan, namun tidak sedikit pula klien yang mengalami putus asa.

5) Skala Morse/Morse Falls Scale (MFS)

Tabel 2.2
Skala Morse

| No | Pengkajian | Skor | Nilai |
|----|--|----------------------|-------|
| 1 | Riwayat jatuh : Apakah klien pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir? | Ya : 25 Tidak : 0 | |
| 2 | Diagnosa sekunder : Apakah klien memiliki lebih dari satu penyakit? | Ya : 15 Tidak : 0 | |
| 3 | Alat bantu jalan: - Bed rest/dibantu perawat : 0 - Kruk/tongkat walker : 15 - Berpegangan pada benda-benda sekitar : 30 | | |
| 4 | Terapi intravena : Apakah saat ini klien terpasang infus? | Ya : 20 Tidak : 0 | |
| 5 | Gaya berjalan/cara berpindah: - Normal/bed rest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri) : 0 - Lemah (tidak bertenaga) : 10 - Gangguan/tidak normal (pincang/diseret) : 20 | | |
| 6 | Status mental: - Klien menyadari kondisi dirinya : 0 - Klien mengalami keterbatasan daya ingat : 15 | | |

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Nilai akhir:

- a. 0 - 24 : Tidak resiko jatuh
- b. 25 - 50 : Tingkat resiko jatuh rendah
- c. > 51 : Tingkat resiko jatuh tinggi.

6) Pengkajian Emosi

a. Pengkajian tahap 1

1. Apakah klien mengalami sukar tidur? Ya/Tidak
2. Apakah klien sering merasa gelisah? Ya/Tidak
3. Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? Ya/Tidak

4. Apakah klien sering was-was atau khawatir?
Ya/Tidak
- b. Pengkajian tahap 2
 1. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan? Ya/Tidak
 2. Ada masalah atau banyak pikiran? Ya/Tidak
 3. Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain?
Ya/Tidak
 4. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? Ya/Tidak
 5. Cenderung mengurung diri? Ya/Tidak.
- 7) Pengkajian Fungsional (KATS Indeks)
 - a. Kemandirian dalam mandi : Ya/Tidak
 - b. Kemandirian dalam berpakaian : Ya/Tidak
 - c. Kemandirian pergi ke kamar mandi : Ya/Tidak
 - d. Kemandirian dalam berpindah : Ya/Tidak
 - e. Kemandirian dalam kontinen : Ya/Tidak
 - f. Kemandirian dalam makan : Ya/Tidak

8) Pengkajian Tingkat Kemandirian (Barthel Indeks Modif)

Tabel 2.3
Barthel Indeks Modif

| No | Kriteria | Dibantu | Mandiri | Nilai | Keterangan |
|-----|--|---------|---------|-------|------------------------------------|
| 1. | Makan | 5 | 10 | | Frekuensi : Jumlah : Jenis : |
| 2. | Minum | 5 | 10 | | Frekuensi : Jumlah : Jenis : |
| 3. | Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, sebaliknya | 5 - 10 | 15 | | |
| 4. | Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi) | 0 | 5 | | Frekuensi : |
| 5. | Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram) | 5 | 10 | | Frekuensi : |
| 6. | Mandi | 5 | 15 | | Frekuensi : |
| 7. | Jalan di permukaan datar | 0 | 5 | | |
| 8. | Naik turun tangga | 5 | 10 | | |
| 9. | Mengenakan pakaian | 5 | 10 | | |
| 10. | Kontrol bowel (BAB) | 5 | 10 | | Frekuensi : Konsistensi: |
| 11. | Kontrol bladder (BAK) | 5 | 10 | | Frekuensi : Warna : |
| 12. | Olahraga/latihan | 5 | 10 | | Frekuensi : Jenis : |
| 13. | Rekreasi/pemanfaatan waktu luang | 5 | 10 | | Jenis : Frekuensi : |

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Nilai akhir:

- a. 0 - 20 : Ketergantungan
- b. 21 - 61 : Ketergantungan berat/sangat tergantung
- c. 62 - 90 : Ketergantungan berat
- d. 91 - 99 : Ketergantungan ringan.

9) Pengkajian Status Mental (SPMSQ)

Tabel 2.4
SPMSQ

| No | Aspek yang Ditanyakan | Benar | Salah |
|-----|---|-------|-------|
| 1. | Tanggal berapa hari ini? | | |
| 2. | Hari apa sekarang? | | |
| 3. | Apa nama tempat ini? | | |
| 4. | Berapa nomor telepon anda? | | |
| 5. | Berapa umur anda? | | |
| 6. | Kapan anda lahir? | | |
| 7. | Siapa Presiden Indonesia sekarang? | | |
| 8. | Siapa Presiden sebelumnya? | | |
| 9. | Siapa nama kecil ibu anda? | | |
| 10. | Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru secara menurun | | |

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Nilai akhir:

- a. 0 - 2 : Fungsi intelektual utuh
- b. 3 - 4 : Kerusakan fungsi intelektual ringan
- c. 5 - 7 : Kerusakan fungsi intelektual sedang
- d. 8 - 10 : Kerusakan fungsi intelektual berat.

10) Pengkajian Aspek Kognitif (MMSE)

Tabel 2.5 MMSE

| No. | Aspek Kognitif | Skor | Nilai | Kriteria |
|-----|----------------|------|-------|--|
| 1. | Orientasi | 5 | | Menyebutkan dengan benar : a. Tahun b. Musim c. Tanggal d. Hari e. Bulan |
| | Orientasi | 5 | | Dimana kita sekarang berada ? a. Negara Indonesia b. Propinsi Jawa Barat c. Kota Bandung d. PSTW Asuhan Bunda e. Wisma J. Soenarti Nasution |
| 2. | Registrasi | 3 | | Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing |

| | | | |
|----|-------------------------|---|--|
| | | | obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) |
| | | | a. Pulpen b. Buku c. Rak |
| 3. | Perhatian dan kalkulasi | 5 | Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat. a. 93 b. 86 c. 79 d. 72 e. 65 |
| 4. | Mengingat | 3 | Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 point untuk masing-masing obyek. |
| 5. | Bahasa | 9 | Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien. a. (Misal jam tangan) b. (Misal pensil) Minta klien untuk mengulang kata berikut : ”tak ada jika, dan, atau, tetapi”. Bila benar, nilai satu point. a. Pernyataan benar 2 buah : tak ada tetapi. Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : ”Ambil kertas di tangan Anda, lipat dua dan taruh di lantai”. a. Ambil kertas di tangan Anda b. Lipat dua c. Taruh di lantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) a. ”Tutup mata Anda” Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar a. Tulis satu kalimat b. Menyalin gambar. |

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Nilai akhir:

- a. 24 - 30 : Normal
- b. 17 - 23 : Probable gangguan kognitif
- c. 0 - 16 : Definitif gangguan kognitif.

11) Pengkajian Keseimbangan

Tabel 2.6
Pengkajian Keseimbangan

| No | Tes Koordinasi | Nilai |
|-----|---|-------|
| 1. | Berdiri dengan postur normal | |
| 2. | Berdiri dengan postur normal, menutup mata | |
| 3. | Berdiri dengan kaki rapat | |
| 4. | Berdiri dengan satu kaki | |
| 5. | Berdiri, fleksi trunk dan berdiri ke posisi netral | |
| 6. | Berdiri, lateral dan fleksi trunk | |
| 7. | Berjalan, tempatkan tumit salah satu kaki didepan jari kaki yang lain | |
| 8. | Berjalan sepanjang garis lurus | |
| 9. | Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai | |
| 10. | Berjalan menyamping | |
| 11. | Berjalan mundur | |
| 12. | Berjalan mengikuti lingkaran | |
| 13. | Berjalan pada tumit | |
| 14. | Berjalan dengan ujung kaki | |

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Skor:

- a. 1 : Tidak mampu melakukan aktifitas
- b. 2 : Mampu melakukan aktifitas dengan bantuan maksimal
- c. 3 : Mampu melakukan aktifitas dengan bantuan
- d. 4 : Mampu melakukan aktifitas dengan lengkap

Nilai akhir:

- a. 0 - 13 : Tidak mampu melakukan
- b. 14 - 27 : Mampu melakukan bantuan maksimal
- c. 28 - 41 : Mampu melakukan sedikit bantuan
- d. 42 - 54 : Mampu melakukan aktifitas.

12) Pengkajian Sosial (APGAR)

Tabel 2.7 APGAR

| No | Aspek yang Dinilai | Nilai |
|----|--|-------|
| 1. | Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/teman-teman (Adaptation) | |
| 2. | Saya puas bahwa keluarga/teman-teman membicarakan sesuatu dengan saya (Partnership) | |
| 3. | Saya puas bahwa keluarga/teman-teman mendukung keinginan saya (Growth) | |
| 4. | Saya puas bahwa keluarga/teman-teman saya mengekspresikan dan berespon terhadap emosi saya (Affection) | |
| 5. | Saya puas bahwa keluarga/teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama (Resolve) | |

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Skor:

- a. 0 : Hampir pernah
- b. 1 : Kadang-kadang
- c. 2 : Selalu

Nilai akhir:

- a. 0 - 3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi
- b. 4 - 6 : Disfungsi keluarga sedang
- c. 7 - 10 : Fungsi keluarga baik.

13) Pengkajian Hasil Laboratorium dan Diagnostik

Membantu menegakkan diagnosa penyakit, mengkaji hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, cari respon klien terhadap berbagai penyakit yang pernah dialami dan pengaruh pengobatannya serta hasil pemeriksaan laboratorium yang diperlukan.

14) Inventari Depresi Beck (IDB)

Tabel 2.8
IDB

| No | Aspek yang Dinilai | Nilai |
|-----|-----------------------------|-------|
| 1. | Kesedihan | |
| 2. | Fesimisme | |
| 3. | Rasa kegagalan | |
| 4. | Ketidak-puasan | |
| 5. | Rasa bersalah | |
| 6. | Tidak menyukai diri sendiri | |
| 7. | Membayangkan diri sendiri | |
| 8. | Menarik diri | |
| 9. | Keragu-raguan | |
| 10. | Perubahan gambaran diri | |
| 11. | Kesulitan kerja | |
| 12. | Keletihan | |
| 13. | Anoreksia | |

Sumber : Pedoman Praktik Keperawatan Gerontik.

Skor:

- a. 0 : Tidak pernah
- b. 1 : Hampir pernah
- c. 2 : Kadang-kadang
- d. 3 : Selalu

Nilai akhir:

- a. 0 - 4 : Tidak ada depresi atau minimal
- b. 5 - 7 : Depresi ringan
- c. 8 - 15 : Depresi sedang
- d. > 16 : Depresi berat.

2.3.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa-diagnosa yang diangkat pada kasus yaitu berdasarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien.

Diagnosa pertama yang di angkat adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Hipertensi sangat berisiko mengalami masalah ini dikarenakan sirkulasi ke serebral atau ke otak mendapatkan hambatan karena dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah hambatan yang terjadi oleh adanya plak pada pembuluh darah yang diakibatkan pola hidup yang kurang sehat seperti merokok dan gemar makanan yang tinggi lemak.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Uguy (2019), bahwa merokok merupakan salah satu penyebab terjadinya hipertensi dan penelitian yang dilakukan oleh Kartika (2017) bahwa ada hubungan yang signifikan antara asupan lemak dan usia dengan kejadian hipertensi. Beberapa masalah yang muncul pada klien dengan hipertensi adalah sebagai berikut:

- 1) Penurunan curah jantung
- 2) Nyeri akut

- 3) Keletihan
- 4) Intoleransi aktivitas
- 5) Risiko perfusi serebral tidak efektif
- 6) Risiko perfusi perifer tidak efektif
- 7) Defisit pengetahuan
- 8) Ansietas.

2.3.3 Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah kegiatan penentuan langkah - langkah untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan terhadap klien berdasarkan analisa data dan diagnose keperawatan (Olfah, 2016).

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) intervensi keperawatan hipertensi adalah sebagai berikut:

- 1) Penurunan Curah Jantung

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Tindakan | Rasional |
|---------------------------------------|---|---|--|
| Penurunan curah jantung (SDKI D.0008) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 6 jam, maka curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Ejection fraction (EF) meningkat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat diidentifikasi melalui gejala yang muncul meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP 2. Untuk membantu |

| | | | |
|-----|---|-----------------------------|--------------------------|
| 3. | Palpitasi menurun | ortostatik, jika perlu). | penegakan diagnostik. |
| 4. | Bradikardia menurun | | |
| 5. | Takikardia menurun | | |
| 6. | Gambaran EKG Aritmia menurun | | |
| 7. | Lelah menurun | | |
| 8. | Edema menurun | | |
| 9. | Distensi vena jugularis menurun | | |
| 10. | Dispnea menurun | | |
| 11. | Oliguria menurun | | |
| 12. | Pucat/sianosis menurun | | |
| 13. | Paroximal nocturnal dyspnea (PND) menurun | | |
| 14. | Ortopnea menurun | | |
| 15. | Batuk menurun | | |
| 16. | Suara jantung S3 menurun | | |
| 17. | Suara jantung S4 menurun | | |
| 18. | Tekanan darah membaik | | |
| 19. | Pengisian kapiler membaik. | | |

2) Nyeri Akut

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Tindakan | Rasional |
|-----------------------------|--|--|--|
| Nyeri Akut (SDKI D.0077) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 6 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik. | 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri. | 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2. Agar mengetahui tingkat cedera yang dirasakan klien. |

3) Keletihan

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Tindakan | Rasional |
|-----------------------------|--|---|---|
| Keletihan (SDKI D.0057) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 6 jam, maka tingkat keletihan menurun, dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kepuhian energi meningkat 2. Tenaga meningkat 3. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat | 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. | 1. Mengontrol keletihan pada klien 2. Meningkatkan rileksasi pada klien. |

-
4. Verbalisasi
lelah
menurun
 5. Lesu
menurun.
-

4) Intoleransi aktivitas

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Tindakan | Rasional |
|-------------------------------------|---|--|--|
| Intoleransi Aktivitas (SDKI D.0056) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 6 jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan Lelah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami akibat kelelahan 2. Untuk mengetahui pola tidur klien apakah teratur atau tidak. |

5) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Tindakan | Rasional |
|---|--|---|---|
| Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI D.0017) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 6 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (mean arterial | <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda - tanda vital 2. Monitor MAP (mean arterial pressure) 3. Berikan posisi semi fowler 4. Berikan <i>Slow Stroke Back Massage</i>. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mendeteksi penurunan perfusi serebral 2. Untuk memeriksa apakah aliran darah tercukupi dengan baik 3. Untuk membantu mengurangi sesak napas 4. Untuk membantu |

| | | |
|---|--------------------------------|---------------------------|
| | pressure/MAP) membaik | menurunkan tekanan darah. |
| 5. | Tekanan intra kranial membaik. | |
| 6) Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif | | |

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Tindakan | Rasional |
|--|--|---|--|
| Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif (SDKI D.0015) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 6 jam, maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 2. Monitor status cairan (masuk dan haluaran, turgor kulit, CRT). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kestabilan pernapasan klien 2. Mengetahui ada tidaknya tanda - tanda dehidrasi. |
| 7) Defisit Pengetahuan | | | |

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Tindakan | Rasional |
|-----------------------------------|---|--|---|
| Defisit Pengetahuan (SDKI D.0111) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 6 jam, maka status tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi mengenai proses perawatan, dengan adanya informasi maka klien akan mampu mengidentifikasi masalahnya sehingga memudahkan untuk menggali data 2. Terkadang klien merasa tidak berani bertanya karena belum terbina |

| | | |
|----|--|---|
| 4. | Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat | hubungan dekat dengan penyedia layanan kesehatan. |
| 5. | Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat | |
| 6. | Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun | |
| 7. | Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. | |

8) Ansietas

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Tindakan | Rasional |
|------------------------|--|---|---|
| Ansietas (SDKI D.0080) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 6 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui perubahan pada tingkat ansietas klien 2. Untuk mengetahui tanda ansietas pada klien. |

2.3.4 Pelaksanaan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi yang sudah disusun untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nadirawati, 2018).

Strategi tindakan keperawatan khususnya untuk mengatasi masalah keperawatan utama yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) merupakan stimulasi yang dilakukan pada kulit punggung dengan usapan perlahan. Massage ini menghasilkan efek relaksasi oleh stimulasi taktil di jaringan tubuh yang menyebabkan respon neurohumoral yang kompleks dalam The Hypothalamic– Pituitary Axis (HPA) ke sirkuit melalui pusat jalur sistem saraf. Efek yang dihasilkan yaitu penurunan curah jantung, volume sekuncup dan kecepatan denyut jantung yang nantinya membantu penurunan tekanan darah (Putu et al., 2016).

Berikut pelaksanaan pada risiko perfusi serebral tidak efektif (SDKI, 2022) :

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

Observasi:

1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
3. Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP)
4. Monitor CVP (central venous pressure)
5. Monitor PAWP, jika perlu
6. Monitor PAP, jika perlu
7. Monitor ICP (intra cranial pressure)
8. Monitor gelombang ICP
9. Monitor status pernapasan
10. Monitor intake dan output cairan
11. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi).

Terapeutik :

1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan tenang
2. Berikan posisi semi fowler
3. Hindari manuver valsava
4. Cegah terjadinya kejang
5. Hindari penggunaan PEEP
6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik
7. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
8. Pertahankan suhu tubuh normal.

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Mengukur keberhasilan rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

Perumusan evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, dan Planning) :

- a. S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- b. O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- c. A : Analisa data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah tetap atau muncul masalah baru.
- d. P : Perencanaan hasil dan analisa ulang data.

Evaluasi yang dilakukan terhadap masalah risiko perfusi serebral tidak efektif berdasarkan penjelasan dari Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) tujuan dan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia yaitu tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/MAP) membaik, tekanan intra kranial membaik.