

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Hipertensi

2.1.1 Pengertian Hipertensi

Tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam Arteri. Secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi didalam arteri menyebabkan peningkatannya resiko terhadap stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal. Sedangkan menurut (Triyanto,2014) Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian / mortalitas. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Anies, 2006). Menurut WHO, Hipertensi adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah memiliki tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg)

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Menurut (WHO, 2018) batas normal tekanan darah adalah tekanan darah sistolik kurang dari 120 mmHg dan tekanan darah diastolik kurang dari 80 mmHg. Seseorang yang dikatakan hipertensi bila tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg.

Tabel 1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	Dibawah 130mmHg	Dibawah 85 mmHg
Normal Tinggi	130-139 mmHg	85-89mmHg
Stadium 1 (Hipertensi Ringan)	140-159 mmHg	90-99mmHg
Stadium 2 (Hipertensi Sedang)	160-179 mmHg	100-109mmHg
Stadium 3 (Hipertensi berat)	180-209 mmHg	110-119mmHg
Stadium 4 (Hipertensi Maligna)	210mmHg atau lebih	120mmHg - lebih

(Sumber: American Heart Association, Hypertension Highlights 2018)

2.1.3 Penyebab Hipertensi

Berdasarkan penyebab hipertensi dibagi menjadi 2 golongan (Ardiansyah M.,2012):

- a. Hipertensi primer (esensial) Hipertensi primer adalah hipertensi esensial atau hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial diantaranya :
 1. Genetik Individu dengan keluarga hipertensi memiliki potensi lebih tinggi mendapatkan penyakit hipertensi.
 2. Jenis kelamin dan usia Lelaki berusia 35-50 tahun dan wanita yang telah menopause berisiko tinggi mengalami penyakit hipertensi
 3. Diet konsumsi tinggi garam atau kandungan lemak. Konsumsi garam yang tinggi atau konsumsi makanan dengan kandungan

lemak yang tinggi secara langsung berkaitan dengan berkembangnya penyakit hipertensi.

4. Berat badan obesitas Berat badan yang 25% melebihi berat badan ideal sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.
 5. Gaya hidup merokok dan konsumsi alkohol Merokok dan konsumsi alkohol sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi karena reaksi bahan atau zat yang terkandung dalam keduanya.
- b. Hipertensi sekunder Hipertensi sekunder adalah jenis hipertensi yang diketahui penyebabnya. Hipertensi sekunder disebabkan oleh beberapa penyakit, yaitu :
1. Coarctation Aorta, yaitu penyempitan aorta congenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta toraks atau aorta abdominal. Penyempitan pada aorta tersebut dapat menghambat aliran darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah di atas area konstruksi.
 2. Penyakit parenkim dan vaskular ginjal. Penyakit ini merupakan penyakit utama penyebab hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskuler berhubungan dengan penyempitan atau lebih arteri besar, yang secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada klien dengan hipertensi disebabkan oleh aterosklerosis atau fibrous dysplasia (pertumbuhan abnormal

jaringan fibrous). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, serta perubahan struktur serta fungsi ginjal.

3. Penggunaan kontrasepsi hormonal (esterogen). Kontrasepsi secara oral yang memiliki kandungan estrogen dapat menyebabkan terjadinya hipertensi melalui mekanisme renin-aldosterone-mediate volume expansion. Pada hipertensi ini, tekanan darah akan kembali normal setelah beberapa bulan penghentian oral kontrasepsi.
4. Gangguan endokrin. Disfungsi medula adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenal Mediated hypertension disebabkan kelebihan primer aldosterone, kortisol, dan katekolamin.
5. Kegemukan (obesitas) dan malas berolahraga.
6. Stres, yang cenderung menyebabkan peningkatan tekanan darah untuk sementara waktu.
7. Kehamilan
8. Luka bakar
9. Peningkatan tekanan vaskuler
10. Merokok : Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung serta menyebabkan vaso kortison yang kemudian menyebabkan kenaikan tekanan darah.

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas (Nurarif A.H., & Kusuma H., 2016) :

- 1) Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
- 2) Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan diastolik 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 (Nurarif A.H., & Kusuma H., 2016):

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun
- 2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- 5) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

2.1.4 Tanda dan Gejala Hipertensi

Menurut Tambayong (dalam Nurarif A.H., & Kusuma H., 2016), 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 darah tidak teratur.

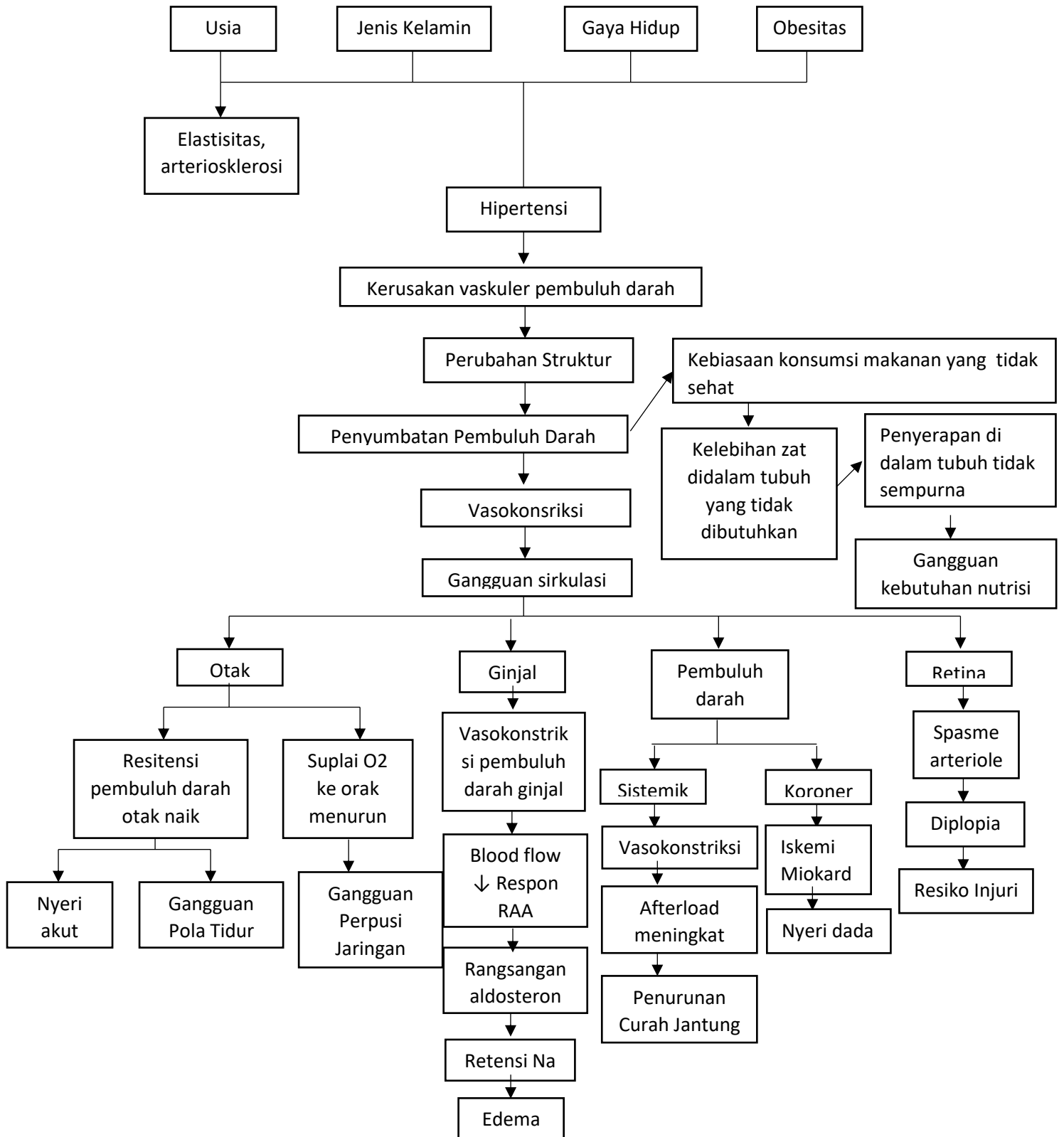
b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala ter lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala ter lazim yang dialami oleh kebanyakan klien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa klien yang menderita hipertensi yaitu :

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

2.1.5 Pathway Hipertensi



2.1.5 Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut (Junaedi, Sufrida, & Gusti, 2013) dalam penatalaksanaan hipertensi berdasarkan sifat terapi terbagi menjadi 2 bagian, sebagai berikut:

a. Terapi non-farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi merupakan pengobatan tanpa obat-obatan yang diterapkan pada hipertensi. Dengan cara ini, perubahan tekanan darah diupayakan melalui pencegahan dengan menjalani perilaku hidup sehat seperti :

- 1) Pembatasan asupan garam dan natrium
- 2) Menurunkan berat badan sampai batas ideal
- 3) Olahraga secara teratur
- 4) Mengurangi / tidak minum-minuman beralkohol
- 5) Mengurangi/ tidak merokok
- 6) Menghindari stres
- 7) Menghindari obesitas

b. Terapi farmakologi (terapi dengan obat)

Selain cara terapi non-farmakologi, terapi dalam obat menjadi hal yang utama. Obat-obatan anti hipertensi yang sering digunakan dalam pengobatan, antara lain obat-obatan golongan diuretik, beta bloker, antagonis kalsium, dan penghambat konversi enzim angiotensin.

- 1) Diuretik merupakan antihipertensi yang merangsang pengeluaran garam dan air. Dengan mengkonsumsi diuretik akan terjadi pengurangan jumlah cairan dalam pembuluh darah dan menurunkan tekanan pada dinding pembuluh darah.
- 2) Beta bloker dapat mengurangi kecepatan jantung dalam memompa darah dan mengurangi jumlah darah yang dipompa oleh jantung.
- 3) ACE-inhibitor dapat mencegah penyempitan dinding pembuluh darah sehingga bisa mengurangi tekanan pada pembuluh darah dan menurunkan tekanan darah.
- 4) Ca bloker dapat mengurangi kecepatan jantung dan merelaksasikan pembuluh darah.

2.2 Ketidapatuhan Diet akibat Hipertensi

2.2.1 Pengertian

Ketidapatuhan adalah perilaku seseorang atau pemberi asuhan yang gagal dalam menepati rencana promosi kesehatan atau rencana terapiutik yang sudah disepakati oleh seseorang, keluarga, komunitas dan tenaga medis yang sudah profesional sehingga akan mengakibatkan hasil yang secara klinis atau hasil yang sebagian tidak efektif (Wilkinsom & Ahern, 2011).

2.2.2 Ketidapatuhan Diet Akibat Hipertensi

a. Penyebab Ketidapatuhan Diet

Dalam buku (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016), penyebab terjadinya ketidapatuhan adalah :

- a. Disabilitas (misalnya terjadinya penurunan daya ingat, defisit, sensorik atau motorik)
- b. Efek samping program perawatan dan pengobatan
- c. Beban pembiayaan program perawatan dan pengobatan
- d. Lingkungan yang tidak terapeutik
- e. Program terapi kompleks dan lama
- f. Hambatan mengakses pelayanan kesehatan (misalnya gangguan mobilitas, masalah transportasi, ketiadaan orang yang merawat anak di rumah serta cuaca tidak menentu)
- g. Program terapi yang tidak ditanggung oleh asuransi

- h. Ketidakadekuatan pemahaman (sekunder akibat defisit kognitif, kecemasan, gangguan penglihatan dan pendengaran, kelelahan dan kurang motivasi)

2.2.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhandiet makanan pada pasien hipertensi

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah domain yang sangat penting untuk menentukan tindakan seseorang, sehingga terjadinya perilaku yang disadari oleh pengetahuan akan lebih bertahan lama dibandingkan dengan yang tidak atau semakin tingginya pengetahuan seseorang diharapkan perilakunya akan lebih baik.

b. Usia

Usia merupakan masa hidup penderita yang didasarkan pada tanggal lahir ataupun pernyataan penderita dan biasanya dapat dinyatakan dalam tahun. Hampir setiap orang yang mengalami kenaikan tekanan darah ketika usianya semakin bertambah. Semakin tua usia seseorang maka kemungkinan seseorang menderita penyakit hipertensi juga semakin besar.

c. Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki lebih beresiko tidak patuh terhadap diet makanan dibandingkan dengan yang berjenis kelamin perempuan. Laki-laki pada umumnya lebih mudah untuk terserang penyakit hipertensi dibandingkan dengan wanita. Hal ini disebabkan karena laki-laki lebih banyak mempunyai faktor yang dapat mendorong terjadinya penyakit hipertensi, seperti: stres, kelelahan serta makanan

yang tidak terkontrol. Laki-laki lebih cenderung kurang bisa untuk mengikuti anjuran diet makanan yang diberikan.

d. Status sosial ekonomi

Secara umum seseorang dengan status sosial ekonomi yang relatif rendah, kurang mendapatkan informasi mengenai masalahmasalah kesehatan, seperti keluarga yang sosial ekonominya berkecukupan akan mampu menyediakan segala fasilitas yang diperlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang di dalam keluarga tersebut. Seseorang yang memiliki status ekonomi yang menengah ke bawah cenderung akan lebih tidak patuh terhadap diet makanan yang diberikan baik dari dokter sendiri atau tenaga kesehatan lainnya. Dibandingkan dengan seseorang yang memiliki status ekonomi yang menengah ke atas karena sebagian besar penderita yang berstatus ekonominya ke bawah mempunyai keterbatasan ekonomi untuk memenuhi semua anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan sehingga mereka hanya mengkonsumsi makanan-makanan yang sesuai dengan standar ekonomi atau keuangan yang dimilikinya, sehingga kurang memperdulikan diet makanan yang mereka lakukan.

e. Motivasi

Hal ini karena motivasi adalah keinginan yang terdapat pada diri seseorang yang dapat mendorongnya untuk dapat melakukan perbuatan-perbuatan atau perilaku seseorang, sehingga keinginan dari penderita penyakit hipertensi untuk dapat melakukan pemeriksaan kesehatan ataupun ketidakpatuhan diet makanan

yang dianjurkan oleh petugas kesehatan dengan harapan mendapatkan kesehatan yang maksima

2.2.4 Tanda dan gejala ketidakpatuhan diet makanan pada pasien hipertensi(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016).

a. Tanda dan gejala mayor

Subyektif : pasien menolak untuk menjalani perawatan atau pengobatan, pasien menolak mengikuti anjuran.

Obyektif : pasien menunjukkan perilaku tidak mengikuti program perawatan atau pengobatan, perilaku tidak menjalankan anjuran.

b. Tanda dan gejala minor

Subyektif : -

Obyektif : tampak tanda dan gejala penyakit / masalah kesehatan masih ada atau meningkat, tampak komplikasi penyakit atau masalah kesehatan menetap atau meningkat.

2.2.5 Dampak Ketidakpatuhan Diet

Dampak dari ketidakpatuhan diet makanan akan dapat menyebabkan terjadinya komplikasi rusaknya organ-organ dalam tubuh, seperti : risiko stroke, gangguan pada mata, penyakit jantung serta pada ginjal. Ginjal dapat berfungsi sebagai pembuangan akhir semua sisa-sisa dari dalam darah. Organ ginjal seseorang tidak berfungsi, bahan sisa akan menumpuk di dalam darah dan organ ginjal akan mengecil serta tidak berfungsi kembali (Marliani & Tantan, 2007)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada NY. T dengan Ketidakpatuhan Diet akibat Hipertensi di Wisma Lansia J. Soenarti Nasution Kota Bandung

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian Hipertensi Pada Lansia Menurut (Handa Gustiawan 2019) Yang Perlu Dikaji ialah :

a. Identitas

Ada beberapa hal yang harus ditanyakan tentang identitas yaitu : Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, status perkawinan, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, kamar dan identitas keluarga klien (Handa Gustiawan 2019)

b. Riwayat Masuk Panti

Menjelaskan mengapa memilih tinggal di Wisma dan bagaimana proses sehingga dapat bertempat tinggal di wisma (Handa Gustiawan 2019)

c. Riwayat Keluarga

Menggambarkan sebuah hubungan keluarga (kakek, nenek, orang tua, saudara kandung, pasangan, dan anak-anak)

d. Riwayat Pekerjaan

Menjelaskan dimana pekerjaan sekarang, pekerjaan sebelumnya, dan mendapatkan uang dan kecukupan terhadap kebutuhan yang tinggi.

e. Riwayat Lingkup Hidup

Memiliki gambaran tempat tinggal, berapa kamar yang diinginkan, berapa orang yang tinggal di rumah, derajat privasi, alamat, dan nomor telpon.

f. Riwaya Rekreasi

Meliputi : hoby/peminatan, keanggotaan organisasi, dan liburan.

g. Sumber/Sistem Pendukung

Sumber pendukung adalah anggota atau staf pelayanan kesehatan seperti dokter, perawat atau klinik.

h. Deskripsi Harian Khusus Kebiasaan Ritual Tidur

Menjelaskan kegiatan yang dilakukan sebelum tidur. Pada klien lansia dengan hipertensi mengalami susah tidur sehingga dilakukan ritual ataupun aktivitas sebelum tidur.

i. Status Kesehatan Sekarang

Ada beberapa status kesehatan umum ketika setahun yang lalu, status kesehatan umum ketika 5 tahun yang lalu, keluhan yang utama, serta pendidikan tentang penatalaksanaan masalah kesehatan.

j. Pemeriksaan fisik :

Pemeriksaan fisik ialah suatu proses pemeriksaan tubuh klien pada ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menentukan adanya gejala dari sebuah penyakit dengan teknik inpeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

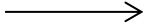
- 1) Pada pemeriksaan kepala dan leher yaitu melihat bentuk kepala, warna rambut, bentuk wajah, kesimetrisan mata, kelopak mata, kornea mata, konjungtiva serta sclera, pupil serta iris, ketajaman penglihatan, tekanan bola mata, cuping hidung, lubang hidung, tulang hidung, dan menilai ukuran telinga, ketegangan telinga, kebersihan lubang telinga, ketajaman pendengaran, kondisi gigi, gusi serta bibir, kondisi lidah, palatum serta osofaring, keberadaan trakea, tiroid, kelenjar limfe, vena jugularis serta denyut nadi karotis.
- 2) Selanjutnya pemeriksaan payudara yakni inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (warna kemerahan pada mammae, oedema, papilla mammae menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola mammae, apakah ada pengeluaran cairan pada puting susu), palpasi (menilai apakah ada benjolan, adanya pembengkakan kelenjar getah bening, lalu disertai dengan pengkajian nyeri tekan).
- 3) Pemeriksaan thoraks yakni inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (simetris dada, menggunakan otot bantu pernafasan, pola nafas), palpasi (nilai vocal premitus), perkusi (menilai bunyi perkusi apakah terdapat kelainan), dan auskultasi (menilai bunyi nafas dan adanya bunyi nafas tambahan).
- 4) Pemeriksaan jantung yaitu inspeksi serta palpasi (mengamati ada tidaknya pulsasi serta ictus cordis), perkusi (tentukan batasan jantung untuk ukuran jantung), auskultasi (mendengar suara jantung, suara jantung adanya penambahan atau tidak bising/murmur)

- 5) Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi terdapat atau tidak kelainan berupa (bentuk abdomen, benjolan/massa, bayangan pembuluhdarah, warna kulit abdomen, lesi pada abdomen), auskultasi (bising usus atau peristalik usus dengan nilai normal 5-35 kali/menit), palpasi (ada atau tak nyeri tekan, benjolan/massa, besarnya hepar dan lien) dan perkusi (penilaian suara abdomen serta pemeriksaan asites).
 - 6) Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya meliputi area pubis, meatus uretra, anus serta perineum terdapat kelainan atau tidak.
 - 7) Pada pemeriksaan muskuloskeletal meliputi pemeriksaan kekuatan dan kelemahan ekstermitas, kesimetrisan cara berjalan.
 - 8) Pada pemeriksaan integument meliputi membersihkan, menghangatkan, warna, turgor kulit, bentuk kulit, kelembaban serta kelainan terhadap kulit serta terdapat lesi atau tidak (Handa Gustiawan 2019)
- a. Teknik pengkajian Psikososial
- 1) Kaji tampilan dan perilaku pasien secara umum: kemampuan motorik, bahasa, menulis dan fungsi sensori
 - 2) Tingkat kesadaran, orientasi, rentang perhatian, daya ingat, kemampuan kognitif, pengetahuan umum situasi kehidupannya
 - 3) Kenali bila ada disfungsi mental.
 - 4) Jelaskan kemampuan sosialisasi pasien pada saat sekarang, sikap pasien pada orang lain, harapan-harapan pasien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan pasien dalam sosialisasi.

b. Teknik Pengkajian Emosi

Tabel 2 Pengkajian Emosi

Pertanyaan 1	Pertanyaan 2	Kesimpulan
Apakah klien mengalami sukar tidur?	Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan ?	Bila ≥ 1 jawaban "Ya" pada pertanyaan 2 Maka :
Apakah klien sering merasa gelisah?	Ada masalah atau banyak pikiran ?	Masalah Emosional (+) Bila tidak / ada jawaban "Ya" pada pertanyaan 2 Maka :
Apakah klien sering murung atau menangis sendiri?	Ada gangguan atau masalah dengan keluarga lain ?	Masalah Emosional (-)
Apakah klien sering was-was atau kuatir?	Menggunakan obat tidur/ penenang atas anjuran dokter ?	
	Cenderung mengurung diri ?	

Lanjutkan ke tahap 2 jika jawaban Pertanyaan ≥ 1 "Ya".


c. Teknik Pengkajian Spiritual

Kaji agama, kegiatan keagamaan, konsep atau keyakinan pasien tentang kematian, harapan-harapan pasien yang berhubungan dengan kematiannya.

d. Teknik Pengkajian Fungsional (KATZ Indeks)

Termasuk kategori manakah pasien?

- 1) Bila pasien mandiri dalam makan, kontinensia (BAK, BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
- 2) Bila pasien mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas.
- 3) Bila pasien mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain.
- 4) Bila pasien mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain.
- 5) Bila pasien mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain.

- 6) Bila pasien mandiri, kecuali mandiri berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.
- 7) Ketergantungan untuk semua fungsi di atas.
- e. Teknik Pengkajian Tingkat Kemandirian Klien (Barthel Indeks), termasuk manakah pasien

Tabel 3 Pengkajian Tingkat Kemandirian Klien (Barthel Indeks)

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10	Frekuensi : Jumlah: Jenis:
2.	Minum	5	10	Frekuensi : Jumlah: Jenis:
3.	Berpindah dari kursi 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	
6.	Mandi	5	15	Frekuensi
7.	Jalan dipermukaan datar	0	5	
8.	Naik turun tangga	5	10	
9.	Mengenakan pakaian	5	10	
10.	BAB	5	10	Frekuensi Konsistensi
11.	BAK	5	10	Frekuensi Warna
12.	Olahraga	5	10	Frekuensi Jenis
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu	5	10	Frekuensi Jenis

Keterangan : 130 (Mandiri)

130 : Mandiri

65-125 : Ketergantungan sebagian

60 : Ketergantungan total

f. Teknik pengkajian Status Mental

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPMSQ).

Intruksi: Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban dengan memberikan tanda V (Chek)

Tabel 4 Pengkajian Status Mental

Benar	Salah	No.	Pertanyaan
√		01	Tanggal berapa hari ini ?
√		02	Hari apa sekarang ini ?
√		03	Apa nama tempat ini ?
√		04	Dimana alamat Anda ?
√		05	Berapa umur Anda ?
√		06	Kapan Anda lahir ? (minimal tahun lahir)
	√	07	Siapa Presiden Indonesia sekarang ?
	√	08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya ?
√		09	Siapa nama ibu Anda ?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.
Σ = 8	Σ = 2		

Interpretasi hasil : 2 (fungsi intelektual utuh)

Salah 0 –3 : Fungsi intelektual utuh.

Salah 4 – 5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6 – 8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9 – 10 : Kerusakan intelektual berat.

- g. Teknik Pengkajian Aspek Kognitif Pada Fungsi Mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

Tabel 5 Aspek Positif Fungsi Mental (MMSE)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Pasien	KRITERIA
1.	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> • Tahun • Musim • Tanggal • Hari • Bulan
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada ? <ul style="list-style-type: none"> • Negara Indonesia • Propinsi Jawa Barat • Kota • PSTW • Wisma
2.	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada pasien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <ul style="list-style-type: none"> • Obyek..... • Obyek • Obyek
3.	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Minta pasien untuk mulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai lima tingkat <ul style="list-style-type: none"> • 93 • 96 • 79 • 72 • 65
4.	Mengingat	3	3	Minta pasien untuk menyebutkan kembali ketiga obyek no 2 (registrasi). Bila benar satu point untuk masing-masing obyek.
5.	Bahasa	9	9	Tunjukkan satu benda dan tanyakan namanya pada pasien <ul style="list-style-type: none"> • Jam • Pensil • Kertas Minta pasien untuk mengulang kata berikut: “ tak ada jika, dan, atau, tetapi.” (dapat diganti dengan bahasa daerah pasien), bila benar nilai satu point <ul style="list-style-type: none"> • Bila benar nilai 2 point • Benar 2 kata tak ada, tetapi maka nilai 1 point Minta pasien untuk mengikuti tiga langkah perintah berikut; <ul style="list-style-type: none"> • Ambil kertas dan pegang • Lipat dua • Letakkan di atas meja Minta pasien untuk mengikuti perintah berikut bila benar dapat nilai 1 point;

-
- “Tutup mata“
 - Tuliskan satu kalimat
 - Salin gambar
-

Interpretasi hasil: 29 (aspek kognitif fungsi mental baik)

> 23 : aspek kognitif fungsi mental baik

18 –22 : kerusakan aspek fungsi mental ringan

≤ 17 : kerusakan aspek fungsi mental berat

h. Pengkajian keseimbangan

Interpretasi hasil:

Jumlahkan nilai perolehan pasien, kemudian interpretasikan sebagai berikut:

Nilai 0 –5 : resiko jatuh rendah

Nilai 6 –10 : resiko jatuh sedang

Nilai 11- 15 : resiko jatuh tinggi

i. Pengkajian Depresi

Tabel 6 Pengkajian Depresi

	Keterangan	Score
A. Kesedihan	• Saya sangat sedih atau tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya	3
	• Saya galau atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya	2
	• Saya merasa sedih dan galau	1
	• Saya tidak merasa sedih	0
B. Pesimisme	• Saya merasa masa depan adalah sia-sia dan tidak dapat membalik	3
	• Saya merasa tidak memiliki apa-apa untuk memandang ke depan	2
	• Saya merasa kecil hati mengenai masa depan	1
	• Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan	0
C. Rasa Kegagalan	• Saya merasa benar-benar gagal sebagai orangtua, suami/istri	3
	• Seperti melihat ke belakang, semua yang saya lihat hanya kegagalan	2
	• Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya	1
	• Saya tidak merasa gagal	0

D. Ketidakpuasan	• Saya tidak puas dengan segalanya	3
	• Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun	2
	• Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan	1
	• Saya tidak merasa tidak puas	0
E. Rasa bersalah	• Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tak berharga	3
	• Saya merasa sangat bersalah	2
	• Saya merasa buruk atau tak berharga sebagai bagian dari yang baik	1
	• Saya tidak merasa benar-benar bersalah	0
F. Tidak menyukai diri sendiri	• Saya benci diri saya sendiri	3
	• Saya muak dengan diri saya sendiri	2
	• Saya tidak suka dengan diri saya sendiri	1
	• Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	0
G. Membahayakan diri sendiri	• Saya akan membunuh diri sendiri jika ada kesempatan	3
	• Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri	2

j. Pengkajian Sosial (APGAR Keluarga)

Tabel 7 Pengkajian Sosial

ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
	2	1	0
Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/teman-teman (Adaptation)			
Saya puas bahwa keluarga/teman-teman membicarakan sesuatu dengan saya (Partnership)			
Saya puas bahwa keluarga/teman-teman mendukung keinginan saya (Growth)			
Saya puas bahwa keluarga/teman-teman saya mengekspresikan dan berespon terhadap emosi saya (Affection)			
Saya puas bahwa keluarga/teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama (Resolve)			

Penilaian :

0– 3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

4 – 6 : Disfungsi keluarga sedang

7 – 10 : Disfungsi keluarga baik

2.3.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah fase kedua dalam proses asuhan keperawatan.

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian yang dilakukan secara klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami baik secara

actual dan potensial (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016). Terdapat diagnosa yang lazim pada pasien hipertensi yaitu : Ketidakpatuhan b/d ketidakadekuatan pemahaman (kurang motivasi) ditandai dengan pasien mengatakan kurang taat menjalani perawatan dan menolak mengikuti anjuran. Pasien tampak tidak mengikuti program, tampak tanda dan gejala serta perilaku pasien tampak tidak menjalankan anjuran, Nyeri aku berhubungan dengan dengan agen pencedera fisiologis, Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

2.3.3 Perencanaan

Perencanaan pada klien hipertensi antara lain :

Tabel 8 Perencanaan Keperawatan

NO	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman (kurang motivasi) ditandai dengan pasien mengatakan menolak menjalani perawatan dan menolak mengikuti anjuran. pasien tampak tidak mengikuti program, tampak tanda dan gejala serta perilaku	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x pertemuan diharapkan ketidakpatuhan dapat berkurang. Dengan kriteria hasil sebagai berikut : 1. Mengikuti program edukasi yang dianjurkan. 2. Mengikuti diet yang disarankan. 3. Menghindari makanan yang tidak diperbolehkan dalam diet.	1. Observasi pasien memilih diet makanan yang dianjurkan. 2. Mengajarkan pasien mengenai makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan. 3. Menyediakan contoh menu makanan yang sesuai diet hipertensi. 4. Memberi penjelasan pada pasien mengenai tujuan kepatuhan terhadap diet yang disarankan terkait dengan kesehatan pasien. 5. Mengembangkan strategi bersama pasien untuk meningkatkan kepatuhan diet	1. Diet yang sesuai akan mempercepat kesembuhan 2. memastikan makanan yang disajikan sesuai dengan kebijakan diet dan gizi 3. membuat klien termotivasi 4. Menambah pengetahuan klien 5. Memiliki rencana agar diet dapat berhasil

	pasien tampak tidak menjalankan anjuran.	4. Rencana makanan sesuai dengan diet yang ditentukan.	hipertensi sesuai anjuran.	
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah memberikan tindakan keperawatan 3x8 jam, diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : - keluhan nyeri berkurang - skala nyeri rendah, - kesulitan tidur berkurang	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri, skala, respon nyeri 2. Beri tehnik non farmakologis buat kurangi rasa nyeri (meliputi terapi relaksasi, kompres panas/hangat) 3. Kontrol lingkungan yang beratkan rasa nyeri (misal : Suhu lingkungan, cahaya) 4. Kolaborasi berikan analgetik jika perlu.	1. Untuk mengetahui lokasi nyeri 2. Memperingan ataupun kurangi nyeri sampai tingkat yang dapat diterima klien 3. Agar terkontrol lingkungan yang tidak memperberat nyeri. 4. Untuk mencegah sampai mengatasi nyeri
3	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan pola tidur baik dengan kriteri hasil - .	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur, pengganggu tidur 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	1. Untuk mengetahui pola aktivitas serta tidur dan untuk mengetahui yang menjadi faktor pengganggu tidur 2. agar klien dapat membatasi waktu tidurnya agar tidak berantakan 3. Untuk mengatur tidur secara rutin

				4. Agar memahami penting tidur yang cukup selama sakit
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR - Mampu melakukan aktivitas sehari hari secara mandiri - Mampu berpindah dengan atau tanpa alat bantuan	1. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 2. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai 3. Bantu klien untuk menggunakan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek 4. Bantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan 5. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual	1. Membantu mengetahui tingkat aktifitas klien 2. aktivitas yang disukai klien akan menambah semangat dalam menjalankan intervensi 3. mempercepat aktivitas yang dilakukan oleh klien 4. memotivasi klien dapat menambah semangat 5. mengevaluasi keadaan klien
5	Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam masalah keperawatan deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dapat teratasi dengan kriteria hasil:	1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya 3. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	1. mengurangi presentasi terjadinya resiko 2. mengukur seberapa paham nya klien terhadap hal yang dijelaskan oleh perawat

-
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat - Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat | <p>3. mempermudah klien dalam melakukan perilaku hidup bersih dan sehat</p> |
|---|---|
-

(sumber : SDKI Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia, Nanda Nic Noc)

2.3.4 Implementasi

Pada tahap ini dilakukan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan.

2.3.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menentukan apakah seluruh proses keperawatan sebelumnya sudah berjalan dengan baik dan apakah tindakan yang diberikan berhasil atau tidak (Ali, 2009). Evaluasi disusun dengan menggunakan (SOAP) yang operasional dengan pengertian :

(S) adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien setelah diberikan implementasi keperawatan.

(O) adalah keadaan objektif yang diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan atau pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan.

(A) merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif klien yang dibandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan.

(P) adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat selesai melakukan analisis.

(Suprajitno, 2003)