

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Lansia Dengan Hipertensi

a. Konsep Lansia

1) Definisi Lansia

Menurut Undang-undang Republik Indonesia no 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan seseorang yang telah berusia ≥ 60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati, 2017). Lansia merupakan suatu proses hilangnya kemampuan fungsi jaringan secara perlahan, ditandai dengan proses penuaan seperti penurunan daya ingat, tumbuh uban, kulit keriput disertai otot yang tidak lentur, emosi yang lebih sensitif, penurunan fungsi pendengaran dan penglihatan (Priyoto, 2015).

2) Klasifikasi Lansia

Klasifikasi lanjut usia menurut WHO sesuai tingkatan umur:

- a) Usia pertengahan (*middle age*) : 45-59 tahun
- b) Usia lanjut (*elderly*) : 60-70 tahun
- c) Usia lanjut (*old*) : 75-90 tahun
- d) Usia sangat tua (*very old*) : ≥ 90 tahun

3) Perubahan - Perubahan Pada Lansia

Perubahan pada lansia dalam penelitian Puspita & Budiman (2021) sebagai berikut:

a) Perubahan fisik

Biasanya terjadi pada sistem indra, sistem integumen, sistem muskuloskeletal, sistem kardiovaskuler, sistem respirasi, pencernaan dan metabolisme, sistem perkemihan, sistem saraf, sistem reproduksi.

b) Perubahan Kognitif

Perubahan kognitif pada lansia meliputi daya ingat (*memory*), IQ (*intelligent quotient*), kemampuan belajar (*learning*), kemampuan pemahaman (*comprehension*), pemecahan masalah (*problem solving*), pengambilan keputusan (*decision making*), kebijaksanaan (*wisdom*), kinerja (*performance*), motivasi (*motivation*).

c) Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental antara lain perubahan fisik, khususnya organ perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (*hereditas*), lingkungan, gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian, gangguan konsep diri akibat kehilangan kehilangan jabatan, rangkaian dari kehilangan yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga, hilangnya

kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri, perubahan spiritual agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya.

d) Perubahan Psikososial

(1) Kesepian kerap kali dirasakan oleh lansia terutama ketika pasangan atau kerabat terdekat meninggal.

(2) Duka cita (*Bereavement*) kepergian pasangan, kerabat terdekat atau bahkan hewan peliharaan dapat mengganggu kondisi jiwa lansia yang telah rapuh

(3) Depresi, kesedihan yang berkelanjutan serta perasaan kesepian yang diikuti dengan kondisi dimana lansia ingin menangis terus menerus dapat menjadi tanda terjadinya episode depresi.

(4) Gangguan cemas dapat dibagi kedalam beberapa bagian antara lain fobia, gangguan cemas umum, panik, gangguan stres pasca trauma dan gangguan obsesif kompulsif.

(5) Parafrenia, adanya waham (curiga) menjadi tanda utama skizofrenia pada lansia. Hal ini dapat berupa perasaan curiga bahwa orang terdekatnya akan melakukan tindakan jahat kepadanya.

(6) Sindroma diogenes merupakan suatu kondisi kelainan dimana terjadi penampilan atau perilaku pada lansia yang sangat mengganggu.

b. Konsep Hipertensi

1) Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Dikatakan hipertensi apabila tekanan sistoliknya ≥ 140 mmHg, atau tekanan diastoliknya ≥ 90 mmHg. Hipertensi maligna adalah hipertensi yang sangat parah, yang bila tidak diobati, akan menimbulkan kematian dalam waktu 3-6 bulan (Kemenkes RI, 2016).

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi merupakan suatu gangguan pada dinding pembuluh darah yang mengalami peningkatan tekanan darah sehingga mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi tidak bisa sampai ke jaringan yang membutuhkannya. Hal tersebut mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Apabila kondisi tersebut berlangsung dalam waktu yang lama dan menetap akan menimbulkan penyakit hipertensi (Hastuti, 2022).

2) Tanda dan Gejala Hipertensi

Menurut Hastuti (2022), tanda dan gejala hipertensi antara lain sebagai berikut:

- a) Sakit kepala
- b) Jantung berdebar-debar
- c) Sesak nafas setelah aktivitas berat
- d) Mudah lelah
- e) Penglihatan kabur
- f) Wajah memerah
- g) Hidung berdarah
- h) Sering buang air kecil, terutama malam hari
- i) Telinga berdenging (tinnitus)
- j) Dunia terasa berputar (vertigo)
- k) Tengok terasa berat
- l) Sulit tidur
- m) Cepat marah
- n) Mata berkunang-kunang dan pusing

3) Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi (Kemmenkes RI, 2016)

Kriteria	Sistolik	Diastolik
Normal	≤ 130 mmHg	≤ 85 mmHg
Normal tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Hipertensi ringan	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi sedang	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Hipertensi berat	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Hipertensi maligna	≥ 210 mmHg	≥ 120 mmHg

4) Etiologi Hipertensi

Menurut Sunanto pada tahun 2013, penyakit hipertensi dapat digolongkan menjadi 2 jenis, yaitu:

a) Hipertensi Primer

Hipertensi primer atau bisa juga disebut hipertensi esensial adalah jenis hipertensi yang belum dapat diketahui penyebabnya dan penderitanya tidak merasakan gejala apa-apa. Secara umum 15 penderita hipertensi 90 % diantaranya adalah penderita hipertensi golongan primer. Untuk saat ini diduga pemicu hipertensi primer ialah faktor bertambahnya usia, faktor keturunan yang diturunkan, stress yang berlebih, serta gangguan pada fungsi jantung yang membuat pembuluh darah meningkatkan tekanan darahnya.

b) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah jenis hipertensi yang penyebabnya sudah dapat diketahui. Secara umum 10 % penderita hipertensi menderita jenis ini. Yang menyebabkan hipertensi golongan ini adalah gangguan yang terjadi pada endokrin (adrenal, tiroid, hipofisis, dan para tiroid), penyakit ginjal, pemakaian alat kontrasepsi, dan lainnya.

5) Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Hipertensi

a) Faktor resiko yang tidak dapat dikontrol :

(1) Jenis kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria dengan wanita. Wanita diketahui mempunyai tekanan darah lebih rendah dibandingkan pria ketika berusia 20-30 tahun. Tetapi akan mudah menyerang pada wanita ketika berumur 55 tahun, sekitar 60% menderita hipertensi berpengaruh pada wanita. Hal ini dikaitkan dengan perubahan hormon pada wanita setelah menopause (Triyanto, 2014).

(2) Umur

Perubahan tekanan darah pada seseorang secara stabil akan berubah di usia 20-40 tahun. Setelah itu akan cenderung lebih meningkat secara cepat. Sehingga, semakin bertambah usia seseorang maka tekanan darah semakin meningkat. Jadi seorang lansia cenderung mempunyai tekanan darah lebih tinggi dibandingkan diusia muda (Triyanto, 2014).

(3) Keturunan (genetik)

Adanya faktor genetik tentu akan berpengaruh terhadap keluarga yang telah menderita hipertensi sebelumnya. Hal ini terjadi adanya peningkatan kadar

sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium individu sehingga pada orang tua cenderung beresiko lebih tinggi menderita hipertensi dua kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang tidak mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi (Triyanto, 2014).

b) Faktor resiko hipertensi yang dapat dikontrol

(1) Obesitas

Pada usia pertengahan dan usia lanjut, cenderung kurangnya melakukan aktivitas sehingga asupan kalori mengimbangi kebutuhan energi, sehingga akan terjadi peningkatan berat badan atau obesitas dan akan memperburuk kondisi (Anggara & Prayitno, 2013).

(2) Kurang olahraga

Jika melakukan olahraga dengan teratur akan mudah untuk mengurangi peningkatan tekanan darah tinggi yang akan menurunkan tahanan perifer, sehingga melatih otot jantung untuk terbiasa melakukan pekerjaan yang lebih berat karena adanya kondisi tertentu.

(3) Kebiasaan merokok

Merokok dapat meningkatkan tekanan darah. Hal ini dikarenakan di dalam kandungan nikotik yang dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah.

(4) Konsumsi garam berlebihan

WHO merekomendasikan konsumsi garam yang dapat mengurangi peningkatan hipertensi. Kadar sodium yang direkomendasikan adalah tidak lebih dari 100 mmol (sekitar 2,4 gram sodium atau 6 gram) (Martono & Pranaka, 2014).

(5) Minum alkohol

Ketika mengonsumsi alkohol secara berlebihan akan menyebabkan peningkatan tekanan darah yang tergolong parah karena dapat menyebabkan darah di otak tersumbat dan menyebabkan stroke.

(6) Konsumsi kopi

Faktor kebiasaan minum kopi didapatkan dari satu cangkir kopi mengandung 75-200 mg kafein, dimana dalam satu cangkir tersebut berpotensi meningkatkan tekanan darah 5-10 mmHg (Lestari, 2020).

(7) Kecemasan

Kecemasan akan menimbulkan stimulus simpatis yang akan meningkatkan frekuensi jantung, curah jantung dan resistensi vaskuler, efek samping ini akan meningkatkan tekanan darah. Kecemasan atau stress meningkatkan tekanan darah sebesar 30 mmHg. Jika individu merasa cemas pada masalah yang di hadapinya maka hipertensi

akan terjadi pada dirinya. Hal ini dikarenakan kecemasan yang berulang-ulang akan mempengaruhi detak jantung semakin cepat sehingga jantung memompa darah keseluruh tubuh akan semakin cepat.

6) Komplikasi Hipertensi

Komplikasi yang muncul pada penderita hipertensi antara lain stroke, infark miokard, gagal ginjal, gagal jantung, dan ensefalopati (Pranata & Prabowo, 2017).

7) Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut Triyanto (2014) penanganan hipertensi dibagi menjadi dua yaitu secara non farmakologis dan farmakologi.

a) Terapi non farmakologi

Terapi non farmakologi merupakan terapi tanpa menggunakan obat, terapi non farmakologi diantaranya memodifikasi gaya hidup dimana termasuk pengelolaan stress dan kecemasan merupakan langkah awal yang harus dilakukan. Penanganan non farmakologis yaitu menciptakan keadaan rileks, mengurangi stress dan menurunkan kecemasan. Terapi non farmakologi diberikan untuk semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor risiko serta penyakit lainnya.

b) Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yaitu yang menggunakan senyawa obat-obatan yang dalam kerjanya dalam mempengaruhi tekanan darah pada pasien hipertensi seperti: angiotensin receptor blocker (ARBs), beta blocker, calcium channel dan lainnya. Penanganan hipertensi dan lamanya pengobatan dianggap kompleks karena tekanan darah cenderung tidak stabil.

2. Konsep Terapi Relaksasi Nafas Dalam

a. Definisi Terapi Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi adalah suatu teknik yang dapat membuat pikiran dan tubuh menjadi rileks melalui sebuah proses yang secara progresif akan melepaskan ketegangan otot di setiap tubuh (Potter & Perry, 2013). Relaksasi merupakan suatu prosedur dan teknik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan, dengan cara melatih pasien agar mampu dengan sengaja untuk membuat relaksasi otot-otot tubuh setiap saat, sesuai dengan keinginan. Terapi relaksasi ini tidak dimaksudkan untuk mengganti terapi obat yang selama ini digunakan penderita hipertensi, tetapi terapi ini dapat menimbulkan rasa nyaman atau relaks. Dalam keadaan relaks tubuh akan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis yang berfungsi untuk menurunkan detak jantung, laju pernafasan dan tekanan darah (Sulistyarini, 2018).

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman. Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi, dan dapat mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis bagi penderita hipertensi (Masnina & Setyawan, 2018).

Menurut Nababan (2022), bahwa ada efektivitas terapi nafas dalam terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi. Hal ini disebabkan terapi nafas dalam dengan mengatur frekuensi pernafasan memberi pengaruh berupa menurunnya konsumsi oksigen oleh sel-sel tubuh dan meningkatnya kadar CO₂. Peningkatan kadar CO₂ merangsang refleks baroreseptor, yang kemudian menurunkan aktivitas simpatis pada jantung sehingga menurunkan tekanan darah.

b. Tujuan dan Manfaat Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi nafas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi kinerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi

otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas (Bruner & Suddart, 2013).

Beberapa manfaat terapi relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut: ketentraman hati, berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah, ketegangan jiwa menjadi rendah, detak jantung lebih rendah, mengurangi tekanan darah, meningkatkan keyakinan, kesehatan mental menjadi lebih baik (Paramita, 2021). Pada penelitian Masnina & Setyawan, (2018) menunjukkan hasil bahwa terapi relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tekanan darah pasien lansia.

c. Standar Operasional Prosedur Relaksasi Nafas Dalam

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2021), standar prosedur operasional latihan nafas antara lain:

- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap dan tanggal lahir)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- 3) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 4) Monitor frekuensi, irama, dan kedalaman nafas
- 5) Sediakan tempat yang tenang dan nyaman
- 6) Posisikan pasien nyaman dan rileks

- 7) Anjurkan memposisikan tangan satu tangan di dada dan satu tangan di perut
- 8) Anjurkan menarik nafas melalui hidung selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik, kemudian menghembuskan nafas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik
- 9) Pastikan dinding dada mengembang saat inspirasi
- 10) Anjurkan mengulangi latihan nafas sebanyak 5-10 kali
- 11) Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan
- 12) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 13) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien.

3. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Hipertensi

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar pasien. Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik. Pengkajian adalah proses sistematis berupa pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang klien (Padila, 2019).

- 1) Identitas klien meliputi nama, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, agama, dan suku.
- 2) Riwayat pekerjaan dan status ekonomi meliputi pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, sumber pendapatan, dan kecukupan pendapatan.
- 3) Lingkungan tempat tinggal meliputi kebersihan dan kerapihan lingkungan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber pencemaran, privasi, dan risiko injury.
- 4) Riwayat Kesehatan
 - a) Status kesehatan saat ini

Menurut Cahyani (2020) keluhan utama sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah sakit kepala disertai rasa berat di tengkuk dan sakit kepala berdenyut. Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang dimaksud adalah sakit di kepala, pendarahan di hidung, pusing, wajah kemerahan, dan kelelahan yang bisa saja terjadi pada penderita hipertensi. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak di obati, bisa timbul gejala sakit kepala, kelelahan muntah, sesak nafas, pandangan menjadi kabur, yang terjadi karena kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal.

Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Menurut Cahyani (2020) riwayat kesehatan masa lalu yang perlu dikaji antara lain: apakah ada riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit ginjal, obesitas, hiperkolestrol, adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral, dan lain-lain.

5) Pola Fungsional

a) Persepsi kesehatan dan pola manajemen kesehatan

b) Nutrisi metabolik

Menilai apakah ada perubahan nutrisi dalam makan dan minum, pola konsumsi makanan dan riwayat peningkatan berat badan. Biasanya penderita hipertensi perlu memenuhi kandungan nutrisi seperti karbohidrat, protein, mineral, air, lemak, dan serat. Tetapi diet rendah garam juga berfungsi untuk mengontrol tekanan darah pada klien.

c) Eliminasi

d) Aktivitas pola dan latihan

e) Pola istirahat tidur

f) Pola kognitif persepsi

g) Persepsi diri pola konsep diri

h) Pola peran-hubungan

- i) Seksualitas
 - j) Koping-pola toleransi stress
 - k) Nilai-pola keyakinan
- 6) Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital, berat badan, tinggi badan, pemeriksaan kepala, rambut, mata, telinga, mulut, gigi, bibir, dada, abdomen, kulit, ekstremitas atas, dan ekstremitas bawah.
- 7) Pengkajian khusus
- a) Indeks katz

Indeks katz adalah suatu instrumen pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Purba, Veronika, Ambarita, & Sinaga, 2022). Adapun aktivitas yang dinilai dalam indeks katz adalah bathing, dressing, toileting, transferring, continence dan feeding.

- b) APGAR keluarga lansia

APGAR keluarga lansia dilakukan untuk menilai fungsi keluarga dengan lansia. APGAR terdiri dari: Adaptation, Partnership, Growth, Afek, dan Resolve (Purba, Veronika, Ambarita, & Sinaga, 2022).

c) SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) adalah penilaian fungsi intelektual lansia. Untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Terdiri dari 10 pertanyaan tentang: orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis (Purba, Veronika, Ambarita, & Sinaga, 2022).

d) Inventaris Depresi

Back Depresi back merupakan alat pengukur status efektif digunakan untuk membedakan jenis depresi yang mempengaruhi suasana hati. Berisikan 21 karakteristik yaitu alam perasaan, pesimisme, rasa kegagalan, kepuasan, rasa bersalah, rasa terhukum, kekecewaan terhadap seseorang, kekerasan terhadap diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, keinginan untuk menangis, mudah tersinggung, menarik diri, ketidakmampuan membuat keputusan, gambaran tubuh, gangguan tidur, kelelahan, gangguan selera makan, kehilangan berat badan. Berisikan 13 hal tentang gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi (Purba, Veronika, Ambarita, & Sinaga, 2022).

e) Resiko Jatuh (*Morse Fall Scale*)

Morse Fall Scale (MFS) adalah strategi pencegahan jatuh dengan menciptakan lingkungan yang bebas dari faktor pencetus, yaitu dengan mengorientasikan responden terhadap lingkungan dan pemberian informasi yang jelas tentang bagaimana menggunakan alat bantu jalan. MFS metode cepat dan sederhana yang dapat digunakan untuk menilai kemungkinan jatuh pada lansia dan digunakan secara luas dalam melakukan perawat akut maupun dalam pelayanan jangka panjang. Instrumen ini memiliki 6 variabel yaitu: riwayat jatuh, diagnosa sekunder, penggunaan alat bantu, terpasang infus, gaya berjalan, dan status mental (Sarah, & Sembiring, 2021).

f) Status Nutrisi: MNA (*Mini Nutritional Assessment*)

MNA (*Mini Nutritional Assessment*) adalah alat untuk mengukur atau menskrining nutrisi pada lansia. *Mini Nutritional Assessment* (MNA) mengandung pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan nutrisi dan kondisi kesehatan, kebebasan, kualitas hidup, pengetahuan, mobilitas, dan kesehatan yang subjektif. Tujuan dari MNA ini untuk mendeteksi status gizi lansia, sehingga akan mendapatkan rekomendasi lebih lanjut (Mujiastuti, dkk, 2021).

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan pada klien dengan hipertensi adalah:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis: peningkatan tekanan vaskuler serebral
- 2) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
- 3) Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
- 4) Risiko penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan afterload
- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
- 6) Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- 7) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 8) Ketidapatuhan minum obat berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman: kurang motivasi

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang

dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim pokja SIKI PPNI, 2018).

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (SDKI, D.0017 hal. 51)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Sakit kepala menurun 2. Tekanan darah sistolik membaik 3. Tekanan darah diastolik membaik (SKLI, L.02014 hal. 86)	Intervensi Utama : 1. Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI, I.09325 hal. 205) Observasi : - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor MAP (mean arterial pressure) - Monitor CVP (central venous pressure) - Monitor PAWP, jika perlu - Monitor PAP, jika perlu - Monitor ICP (intra cranial pressure) - Monitor gelombang ICP - Monitor status pernafasan - Monitor intake dan output cairan - Monitor cairan serebrospinalis (mis. Warna, konsistensi)

Terapeutik :

- Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- Berikan posisi semi fowler
- Hindari manuver valsava
- Cegah terjadinya kejang
- Hindari penggunaan PEEP
- Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
- Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

2. Pemantauan Tekanan Intrakranial

(SIKI, I.06198 hal. 249)

Observasi :

- Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik)
 - Monitor peningkatan TD
 - Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
 - Monitor penurunan frekuensi jantung
 - Monitor ireguleritas irama nafas
 - Monitor penurunan tingkat kesadaran
-

-
- Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil
 - Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan
 - Monitor tekanan perfusi serebral
 - Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal
 - Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK

Terapeutik :

- Ambil sampel drainase cairan serebrospinal
- Kalibrasi transduser
- Pertahankan sterilitas sistem pemantauan
- Pertahankan posisi kepala dan leher netral
- Bilas sistem pemantauan, jika perlu
- Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi :

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Intervensi Pendukung :

1. Pemantauan Tanda Vital
(SIKI, I.02060 hal. 248)

Observasi :

- Monitor tekanan darah
 - Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
 - Monitor pernafasan (frekuensi, kedalaman)
 - Monitor suhu tubuh
 - Memonitor oksimetri nadi
-

		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) - Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>
Risiko perfusi perifer tidak efektif d.d hipertensi (<i>SDKI, D.0015, hal. 48</i>)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Tekanan darah sistolik membaik 3. Tekanan darah diastolik membaik (<i>SKLI, L.02011 hal. 84</i>)	<p>Intervensi Utama :</p> <p>1. Pencegahan Syok (<i>SIKI, I.02068 hal. 285</i>)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, TD, MAP) - Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) - Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) - Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil - Periksa Riwayat alergi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% - Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu - Pasang jalur IV, jika perlu - Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin, jika perlu - Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab/faktor risiko syok

-
- Jelaskan tanda dan gejala awal syok
 - Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok
 - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
 - Anjurkan menghindari allergen

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian IV, jika perlu
- Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu
- Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu

2. Perawatan Sirkulasi

(SIKI, I.02079 hal. 345)

Observasi :

- Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)
- Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
- Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

Terapeutik :

- Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
 - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
 - Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
 - Lakukan pencegahan infeksi
 - Lakukan perawatan kaki dan kuku
-

-
- Lakukan hidrasi

Edukasi :

- Anjurkan berhenti merokok
- Anjurkan berolahraga rutin
- Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
- Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
- Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
- Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)
- Anjurkan program rehabilitasi vaskular
- Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
- Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

Intervensi Pendukung :

2. Pemantauan Tanda Vital

(SIKI, I.02060 hal. 248)

Observasi :

- Monitor tekanan darah
 - Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
 - Monitor pernafasan (frekuensi, kedalaman)
 - Monitor suhu tubuh
 - Memonitor oksimetri nadi
-

-
- Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
 - Identifikasi penyebab perubahan tanda vital
- Terapeutik :
- Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
 - Dokumentasikan hasil pemantauan
- Edukasi :
- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - Informasikan hasil pemantauan, *jika perlu*
-

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan.

Implementasi dalam mengurangi masalah keperawatan nyeri akut lebih ditekankan pada (Andarmoyo, 2013):

- 1) Upaya keperawatan dalam meningkatkan kenyamanan
- 2) Upaya pemberian informasi yang akurat

- 3) Upaya mempertahankan kesejahteraan
 - 4) Upaya tindakan meredakan nyeri dengan teknik non farmakologis
 - 5) Pemberian terapi nyeri farmakologis
- e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah hasil dari perkembangan kesehatan pasien, dengan bertujuan untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawat dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah nyeri akut dilakukan dengan menilai kemampuan pasien dalam merespon rangsangan nyeri diantaranya (Andarmoyo, 2013):

- 1) Pasien melaporkan adanya penurunan rasa nyeri
- 2) Pasien mendapatkan pemahaman yang akurat mengenai nyeri
- 3) Mampu mempertahankan kesejahteraan dan meningkatkan kemampuan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki pasien
- 4) Mampu melakukan tindakan-tindakan non farmakologis
- 5) Mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi nyeri.

B. Kerangka Teori

Gambar 2.1 Kerangka Teori

