

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### 1. Definisi Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah berusia >60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati, 2017).

Lansia merupakan proses alami yang tidak dapat dihindari oleh setiap individu. Menurut *World Health Organization* (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Lansia berisiko memiliki masalah kesehatan, salah satunya yaitu risiko penurunan fungsi tubuh dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit seiring dengan bertambahnya usia (Yamin et all, 2018).

##### 2. Klasifikasi Lansia

Batas usia lanjut yaitu, usia pertengahan (*middle age*) atau kelompok usia 45 sampai 59 tahun, usia lanjut (*eldery*) diantara 60-74 tahun, usia tua (*old*) diantara 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun (Rida, 2019).

### 3. Ciri - Ciri Lansia

Ciri-ciri dari lansia sebagai berikut Purnawan, N., & Suarjana, N, (2020) :

a. Lansia merupakan periode kemunduran

Usia tua atau lanjut usia adalah masa kemunduran. Kegagalan lansia sebagian terkait dengan aspek fisiologis dan kognitif. Ambisi memegang peranan besar dalam kemerosotan lanjut usia. Misalnya, orang tua dengan motivasi berolahraga yang rendah akan mempercepat penurunan kekuatan fisik, namun ada saja lansia yang motivasinya tinggi berpengaruh kemerosotan tubuh lansia akan berlangsung lebih lama.

b. Lansia memiliki status minoritas.

Keadaan ini merupakan akibat dari perilaku sosial yang tidak suka terhadap orang yang lebih tua dan diperparah dengan saran yang kurang baik, misalnya orang yang lebih tua suka menegakkan pendapatnya, perbuatan baik dalam masyarakat menjadi negatif, melainkan yang lebih tua yang toleran terhadap orang lain dan menjadi sikap positif dalam masyarakat.

c. Penuaan membutuhkan perubahan peran.

Peran berubah karena lelaki tua mengalami kegagalan dalam segala aspek. Peran lansia harus diubah berdasarkan keinginan mereka sendiri, bukan tekanan lingkungan. Misalnya, orang tua meskipun masyarakat memiliki kedudukan sosial sebagai ketua RW di masyarakat, namun

masyarakat tidak boleh memberhentikan orang yang lebih tua yang menjadi ketua RW.

d. Gangguan adaptasi pada orang tua.

Pelecehan pada orang tua dapat menyebabkan citra diri yang buruk. Akibat ini, lansia tidak dapat beradaptasi dengan baik. Sebagai contoh, lansia yang tinggal bersama keluarganya biasanya tidak ikut serta dalam pengambilan keputusan, karena situasi yang sesuai dengan usia ini akan membuat lansia minder dalam lingkungan dan mempunyai kualitas diri yang kurang.

4. Masalah-Masalah Lansia

Menurut Huda (2017) mengatakan bahwa adanya proses penuaan pada lansia yang menyebabkan masalah sebagai berikut:

a. Masalah Fisiologis

1) Sistem pernapasan dan kardiovaskular

Masalah pola pernafasan dan kardiovaskuler merupakan penyebab utama kematian pada lansia diatas 60 tahun. Tekanan darah tinggi, penyakit paru-paru, obstruksi kronis (PPOK) asma, TBC, pneumonia dan penyakit jantung lainnya merupakan masalah yang timbul pada sistem kardio.

2) Sistem genitourinari

Gangguan urogenital pada usia lanjut, semacam abses saluran kemih, baik kelenjar prostat pada laki-laki, gagal ginjal akut ataupun kronis.

3) Sistem metabolik ( endokrin)

Penurunan sekresi hormon dalam tubuh, orang tua rentan terhadap masalah metabolisme. Masalah metabolisme atau endokrin biasanya terjadi, seperti menopause pada perempuan, tulang keropos, kencing manis, hipertiroidisme, dan hipotiroidisme.

4) Sistem muskuloskeletal

Komplikasi yang disebabkan oleh masalah sistem muskuloskeletal sering terjadi pada orang tua, terutama orang gemuk. Masalah yang muncul antara lain nyeri sendi akut dan osteoporosis.

5) Sistem pada saraf

Penyakit sistem saraf yang disebabkan oleh serebrovaskular dapat menyebabkan gangguan seperti pendarahan otak, stroke, kelemahan (demensia) dan penyakit saraf tepi.

6) Sistem sensorik

Masalah yang disebabkan oleh perubahan sistem sensorik, seperti penurunan fungsi penglihatan pada lansia dan presbyopia. Fungsi pendengaran menurun, orang tua menjadi lebih buruk dan bahkan tuli. Berkurangnya fungsi indra peraba dan kulit, kulit lansia bisa menjadi keriput, kasar, kering dan kehilangan elastisitas.

b. Masalah Sosial

Masalah sosial lansia, seperti kurang *refreshing*, berubahnya kemauan terhadap hal lain, risiko jatuh atau terpeleset. Pada lansia yang

merasa tersaing menolak berinteraksi dan suka menyendiri akibatnya menjadi tidak stabil dan mudah menangis serta emisional.

c. Masalah Psikologi

Kesehatan mental orang tua yang terganggu, seperti ingatan jangka pendek, menderita demensia atau penyakit *Alzheimer*. Masalah lain, seperti depresi, kecemasan, frustrasi, kesepian, takut kehilangan orang lain atau takut mati.

## **B. Konsep Penyakit Hipertensi**

### 1. Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Dimana hiper yang artinya berlebihan, dan tensi yang artinya tekanan/tegangan, jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal (Musakkar & Djafar, 2021). Hipertensi ditandai dengan hasil pengukuran tekanan darah yang menunjukkan tekanan sistolik sebesar  $> 140$  mmHg dan tekanan diastolik sebesar  $> 90$  mmHg (Kemenkes RI, 2019).

Menurut *American Heart Association* atau AHA dalam Kemenkes (2018), hipertensi merupakan *silent killer* dimana gejalanya sangat bermacam-macam pada setiap individu dan hampir sama dengan penyakit lain. Gejala-gejala tersebut adalah sakit kepala atau rasa berat ditengkuk, vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging atau tinnitus, mimisan, dan kesemutan.

## 2. Etiologi Hipertensi

### a. Hipertensi esensial atau primer

Penyebab pasti dari hipertensi esensial belum dapat diketahui, sementara penyebab sekunder dari hipertensi esensial juga tidak ditemukan. Pada hipertensi esensial tidak ditemukan penyakit renivaskuler, gagal ginjal maupun penyakit lainnya, genetik sertara menjadi bagian dari penyebab timbulnya hipertensi esensial termasuk stress, intake alkohol moderat, merokok, lingkungan dan gaya hidup (Copeland, 2018).

### b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder penyebabnya dapat diketahui seperti kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), hiperaldosteronisme, penyakit parenkimal (Huang et al., 2019).

## 3. Tanda dan Gejala Hipertensi

Manifestasi klinis hipertensi menurut Tambayong dalam Nurarif A.H., & Kusuma H., (2016), tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

### a. Tidak ada gejala

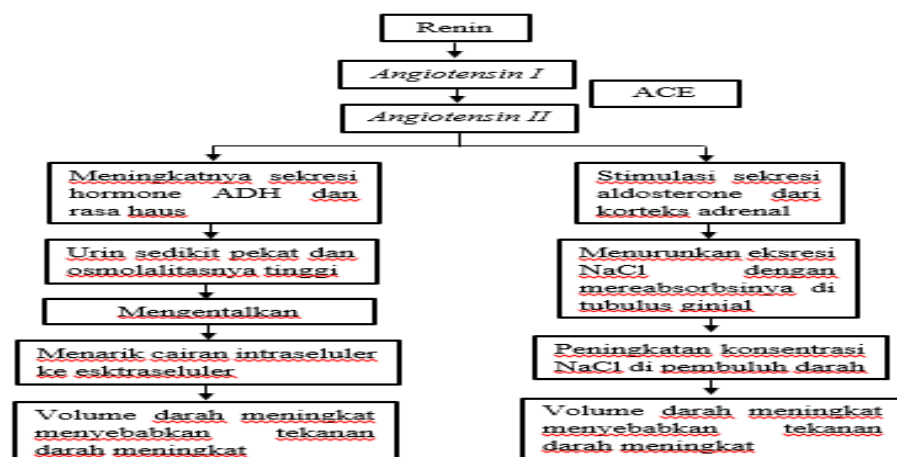
Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan darah tidak teratur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala lazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala lazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

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

4. Patofisiologi Hipertensi (Bagan)



(Sumber : Kadir, 2018)

Gambar 1. Patofisiologi Hipertensi

## C. Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Hipertensi

### 1. 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).

- a. Identitas klien meliputi nama, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, agama, dan suku.
- b. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi meliputi pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, sumber pendapatan, dan kecukupan pendapatan.
- c. 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*.
- d. Riwayat Kesehatan

- 1) 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 napas, pandangan menjadi kabur, yang terjadi karena kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma.

## 2) 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.

## e. Pola Fungsional

### 1) Persepsi kesehatan dan pola manajemen kesehatan

### 2) Nutrisi metabolic

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.

- 3) Eliminasi
  - 4) Aktivitas pola dan latihan
  - 5) Pola istirahat tidur
  - 6) Pola kognitif persepsi
  - 7) Persepsi diri – pola konsep diri
  - 8) Pola peran-hubungan
  - 9) Seksualitas
  - 10) Koping-pola toleransi stress
  - 11) Nilai-pola keyakinan
- f. 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.
- g. Pengkajian khusus
- 1) 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 menurut Ritonga, N. L., (2018) adalah *bathing, dressing, toileting, transferring, continence* dan *feeding*.

2) APGAR keluarga lansia

Apgar keluarga lansia dilakukan untuk menilai fungsi keluarga dengan lansia. APGAR terdiri dari: *Adaptation, Partnership, Growth, Afek, dan Resolve*.

3) 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.

4) 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.

5) 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: (a) Riwayat jatuh; (b) Diagnosa sekunder; (c) Penggunaan alat bantu; (d) Terpasang infus; (e) Gaya berjalan; dan (f) Status mental (Sarah, M., & Sembiring, E, 2021).

6) 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).

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Berdasarkan perumusan diagnosa keperawatan menurut SDKI (2017) menggunakan format *problem, etiology, sign and symptom* (PES). Diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi, dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) yang sering muncul yaitu:

- a. Perfusi perifer tidak efektif
- b. Gangguan rasa nyaman
- c. Hipervolemia
- d. Intoleransi aktivitas
- e. Ansietas
- f. Defisit pengetahuan
- g. Risiko tinggi penurunan curah jantung
- h. Risiko Jatuh

## 3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 1. Konsep Perencanaan Asuhan Keperawatan Gerontik dengan Hipertensi

Dx Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x kunjungan perfusi perifer (L.02011 Hal. 84) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat.</li> <li>2. Sensasi meningkat.</li> <li>3. Warna kulit pucat menurun.</li> <li>4. Edema perifer menurun.</li> <li>5. Nyeri ekstremitas menurun.</li> <li>6. Parastesia menurun.</li> <li>7. Kelemahan otot menurun.</li> <li>8. Kram otot menurun.</li> <li>9. Pengisian kapiler membaik.</li> <li>10. Akral membaik.</li> <li>11. Turgor kulit membaik.</li> <li>12. Tekanan darah sistolik membaik.</li> <li>13. Tekanan darah diastolik membaik.</li> </ol>	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079 Hal.345)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (misal nadi, pengisian kapiler, warna, suhu, edema).</li> <li>2. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas.</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi.</li> <li>4. Lakukan hidrasi.</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Anjurkan berolahraga rutin.</li> <li>6. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.</li> <li>7. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (misal rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3).</li> <li>8. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (missal rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</li> </ol>
Gangguan rasa nyaman (D.0074)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama...x kunjungan status kenyamanan (L.08064 Hal. 110) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesejahteraan fisik meningkat.</li> <li>2. Kesejahteraan psikologis meningkat.</li> <li>3. Dukungan sosial dari keluarga meningkat.</li> <li>4. Dukungan sosial dari teman meningkat.</li> <li>5. Perawatan sesuai kebutuhan meningkat.</li> <li>6. Rileks meningkat.</li> <li>7. Keluhan tidak nyaman menurun.</li> <li>8. Gelisah menurun.</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238 Hal.201)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Monitor skala nyeri</li> <li>3. Monitor respon nyeri non verbal</li> </ol> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan penyebab nyeri</li> <li>6. Ajarkan teknik nonfarmakologis: terapi relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>7. Anjurkan menggunakan obat analgesik yang tepat</li> </ol>

Dx Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	9. Kebisingan menurun. 10. Keluhan sulit tidur menurun. 11. Mual menurun. 12. Lelah menurun.	<i>Kolaborasi :</i> 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Hipervolemia (D.0022)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .....x kunjungan keseimbangan cairan (L.03020 Hal.41) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Asupan cairan meningkat. 2. Haluaran urin meningkat. 3. Kelembapan membrane mukosa meningkat. 4. Asupan makanan meningkat. 5. Edema menurun. 6. Dehidrasi menurun. 7. Asites menurun. 8. Tekanan darah membaik. 9. Turgor kulit membaik. 10. Berat badan membaik.	Manajemen Hipervolemia (I.09265 Hal.181) <i>Observasi:</i> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor efek samping diuretik <i>Terapeutik:</i> 6. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 7. Batasi asupan cairan dan garam 8. Tinggikan kepala 30-40° <i>Edukasi:</i> 9. Ajarkan cara membatasi cairan <i>Kolaborasi :</i> 10. Kolaborasi pemberian diuretic
Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama....x kunjungan toleransi aktivitas (L.05047 Hal.149) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat. 2. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat. 3. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat. 4. Keluhan lelah menurun. 5. Dyspnea sebelum aktivitas menurun. 6. Dyspnea setelah aktivitas menurun.	Manajemen Energi (I. 05178 Hal.176) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <i>Terapeutik</i> 5. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (misal cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <i>Edukasi</i> 8. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Dx Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		9. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan <i>Kolaborasi</i> 10. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x kunjungan tingkat ansietas (L.09093 Hal.180) menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi khawatir menurun. 2. Verbalisasi kebingungan menurun. 3. Perilaku gelisah menurun.	Reduksi Ansietas (I.09314 Hal.387) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal <i>Terapeutik</i> 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh perhatian 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <i>Edukasi</i> 8. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 9. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. 10. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. 11. Latih teknik relaksasi
Defisit Pengetahuan (D. 0111)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x kunjungan tingkat pengetahuan (L.12111 Hal.146) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat. 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat. 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. 5. Persepsi keliru terhadap masalah menurun. 6. Perilaku membaik.	Edukasi Kesehatan (I.12383 Hal.65) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. <i>Terapeutik</i> 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya <i>Edukasi</i> 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.



Dx Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Risiko penurunan curah jantung (D.0008)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama...x kunjungan curah jantung (L.02008 Hal.20) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi perifer meningkat. 2. Bradikardia menurun. 3. Takikardia menurun. 4. Lelah menurun. 5. Edema menurun. 6. Pucat atau sianosis menurun. 7. Batuk menurun. 8. Tekanan darah membaik. 9. CRT membaik.	Perawatan Jantung ( I. 02075 Hal.317) <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung ( meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, peningkatan CVP) 2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat). 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor input dan output cairan 5. Monitor berat badan 6. Monitor keluhan nyeri dada <i>Terapeutik:</i> 7. Pastikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 8. Berikan diet jantung yang sesuai (misal batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 9. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress 10. Berikan dukungan emosional dan spiritual <i>Edukasi:</i> 11. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi dan bertahap <i>Kolaborasi :</i> 12. Kolaborasi pemberian antiaritmia jika perlu
Risiko Jatuh (D.0143)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama...x kunjungan tingkat jatuh (L.14138 Hal. 140) menurun dengan kriteria hasil: 1. Jatuh saat ditempat tidur menurun. 2. Jatuh saat berdiri menurun. 3. Jatuh saat duduk menurun. 4. Jatuh saat berjalan menurun. 5. Jatuh saat dipindahkan menurun. 6. Jatuh saat naik tangga menurun. 7. Jatuh saat dikamar mandi menurun.	Pencegahan Jatuh (I.14540 Hal.279) <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi faktor resiko jatuh (misalnya usia>65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati). 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (misalnya lantai licin, penerangan kurang) 3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan <i>get up and go test</i> 4. Monitor kemampuan berpindah <i>Terapeutik:</i>

Dx Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	8. Jatuh saat membungkuk menurun.	5. Gunakan alat bantu berjalan (missal kursi roda atau walker) <i>Edukasi:</i> 6. Anjurkan untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin 7. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

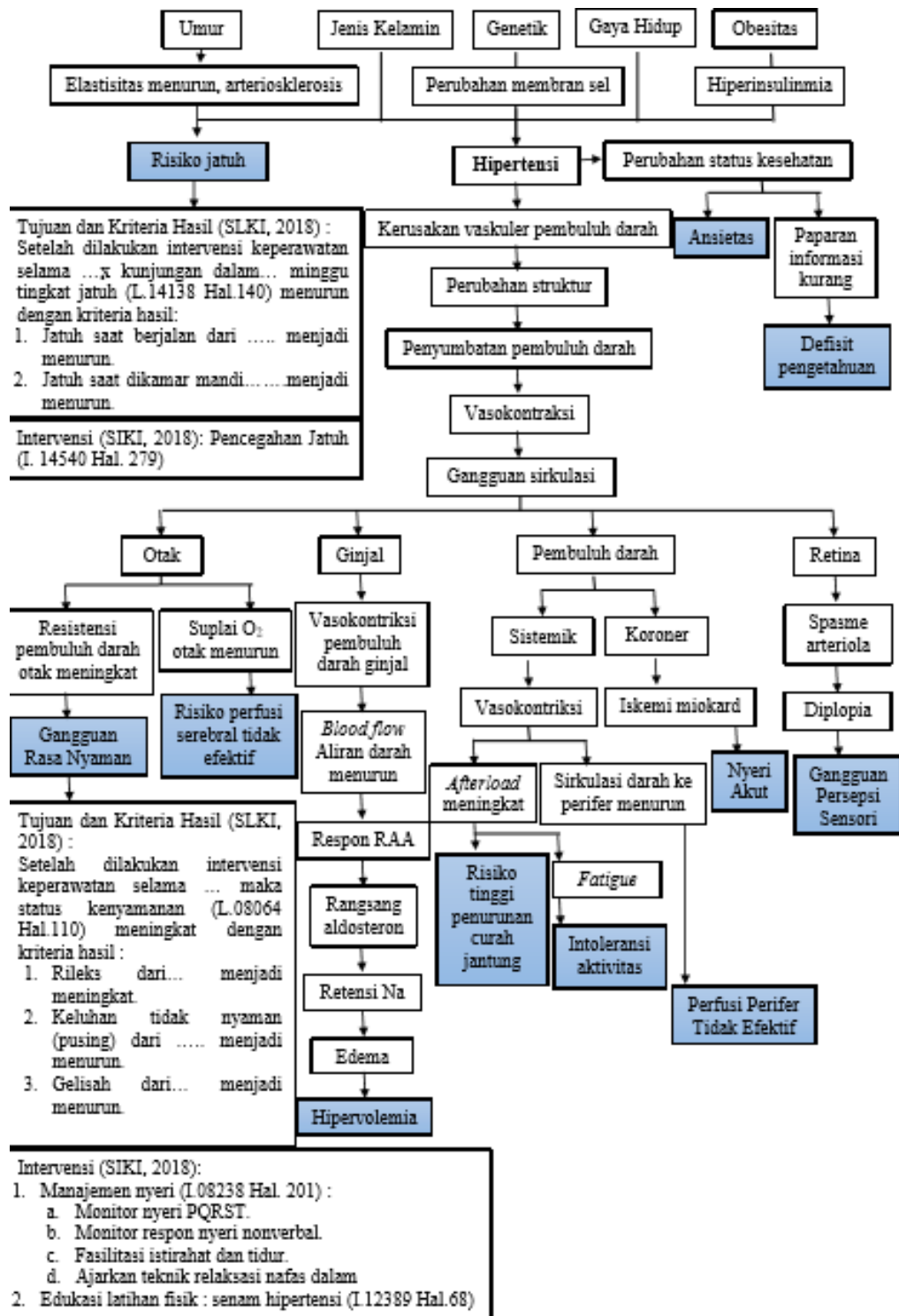
#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada perawat untuk membuat pasien dalam mencapai tujuan yang diharapkan oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan (Nursalam,2017).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah berhasil di capai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa data, perencanaan dan pelaksanaan tindakan. Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Nursalam, 2017). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP.

**D. Web of Causation (WoC) Hipertensi**



(Sumber : SDKI, 2017; SLKI, 2018; SIKI, 2018)

Gambar 2. WoC Hipertensi