

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi adalah dimana seseorang mengalami kenaikan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg serta tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg, pada pemeriksaan berulang. Tekanan darah sistolik adalah pemeriksaan awal yang dapat digunakan sebagai dasar untuk diagnosis hipertensi (Rauf et al., 2021).

Menurut Majid, (2022) hipertensi terjadi jika tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Hipertensi adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan tekanan darah tinggi yang tidak normal dan tekanan darah tinggi secara terus-menerus yang disebabkan oleh satu atau lebih faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana biasanya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal.

2. Etiologi

Menurut Smeltzer & Celinne, (2020) penyebab hipertensi dibagi menjadi dua yaitu:

1. Hipertensi Primer (esensial)

Hipertensi primer atau esensial yang secara penyebabnya belum diketahui dengan pasti

2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder yang disebabkan oleh penyakit lain yaitu berupa kelainan ginjal, seperti obesitas, retensi insulin, hipertiroidisme, dan pemakaian obat-obatan, seperti kontrasepsi oral dan kortikosteroid.

3. Faktor Resiko

Pada penderita hipertensi saat diperiksa tekanan darahnya dalam keadaan normal, hal seperti itu kemungkinan tetap kembali memiliki resiko hipertensi, hipertensi memiliki beberapa faktor resiko menurut Smeltzer & Celinne, (2020) yaitu:

1) Faktor resiko yang tidak dapat diubah

a. Usia

Tekanan darah cenderung lebih tinggi seiring bertambahnya usia, semakin bertambahnya usia terutama pada usia lanjut, karena semakin bertambahnya usia semakin besar resiko terkena penyakit hipertensi.

b. Keturunan

Faktor genetik cukup berperan terhadap timbulnya hipertensi, jika dalam keluarga orang tua atau saudara ada yang mempunyai riwayat hipertensi maka kemungkinan resiko hipertensinya tinggi.

c. Jenis Kelamin

Jenis kelamin bisa mempengaruhi penderita hipertensi. Laki-laki lebih banyak mengalami hipertensi ketika sudah berusia 35-40 tahun,

sedangnya wanita lebih sering terjadi hipertensi saat usia diatas 55 tahun.

2) Faktor resiko yang dapat diubah

a. Stress

Stres berlebih akan meningkatkan resiko hipertensi, kondisi seseorang yang sedang dalam keadaan emosi atau marah bisa meningkatkan tekanan darah sewaktu, jika keadaan sudah stabil maka tekanan darah Kembali menjadi normal.

b. Konsumsi garam

Kebiasaan mengkonsumsi makanan tinggi garam atau makanan asin yang berlebih atau terlalu sering dapat menyebabkan terjadinya hipertensi

c. Kolesterol

Mengkonsumsi makanan yang tinggi lemak bisa menimbun kolesterol dalam dinding pembuluh darah menyempit sehingga meningkatnya tekanan darah

d. Berat badan berlebih

Ketidakseimbangan antara asupan makanan dengan pengeluaran energi menyebabkan kegemukan atau obesitas. Seseorang yang memiliki berat badan 30% diatas berat badan ideal sangat beresiko mempunyai peluang lebih besar terkena darah tinggi.

e. Kurang aktivitas dan olahraga

Kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan bertambahnya berat badan dan bisa membuat tekanan darah tinggi, dengan melakukan aktivitas/olahraga secara teratur bisa menurunkan tekanan darah yang tidak berlebihan

f. Konsumsi kafein

Setiap secangkir kopi mengandung 75-200 mg kafein, yang memiliki potensi tekanan darah menjadi tinggi, karena kandungan kafein bisa meningkatkan tekanan darah

g. Merokok

Merokok dapat merusak jantung dan pembuluh darah, kebiasaan merokok dapat meningkatkan tekanan darah karena nikotin dalam rokok dapat meningkatkan katekolamin yang menyebabkan iritasi miokardial, peningkatan denyut jantung juga terjadi vasokonstriksi.

3) Klasifikasi

Menurut Chobanian et al., (2023) menjelaskan bahwa klasifikasi hipertensi yaitu :

Kategori	Sistolik	Diastolik
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg
Pre hipertensi	120-139 mmHg	80-88 mmHg
Hipertensi tingkat 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi Tingkat 2	≥160 mmHg	≥100 mmHg
Hipertensi sistolik terisolasi	≥140 mmHg	<90 mmHg

4) Manifestasi Klinis

Menurut Eriyani et al., (2022) menjelaskan bahwa gejala yang dirasakan pada penderita hipertensi akan berbeda-beda mengalami gejalanya yaitu

1. Sakit Kepala
2. Gangguan Penglihatan
3. Mual dan Muntah
4. Nyeri Dada
5. Sesak Napas
6. Bercak Darah di Mata
7. Muka yang Memerah
8. Mimisan

5) Komplikasi

Menurut Widiyanto et al., (2020) hipertensi merupakan komplikasi sebagai berikut:

1. Stroke

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi lebih dari 24 jam berasal dari gangguan aliran otak dan bukan disebabkan oleh gangguan peredaran darah. Stroke dapat terjadi sebagai akibat pendarahan tekanan tinggi di otak atau sebagai akibat dari embolus yang pecah dari tekanan darah tinggi di otak. Stroke dapat terjadi pada kasus hipertensi kronik jika pembuluh darah otak mengalami hipertrofi dan penebalan.

2. Infark Miokardium

Infark miokardium dapat terjadi jika arteri koroner dan arteri sklerotik tidak dapat mensuplai oksigen ke miokardium. Akibat hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat dipenuhi dan dapat iskemia jantung yang dapat menyebabkan infark.

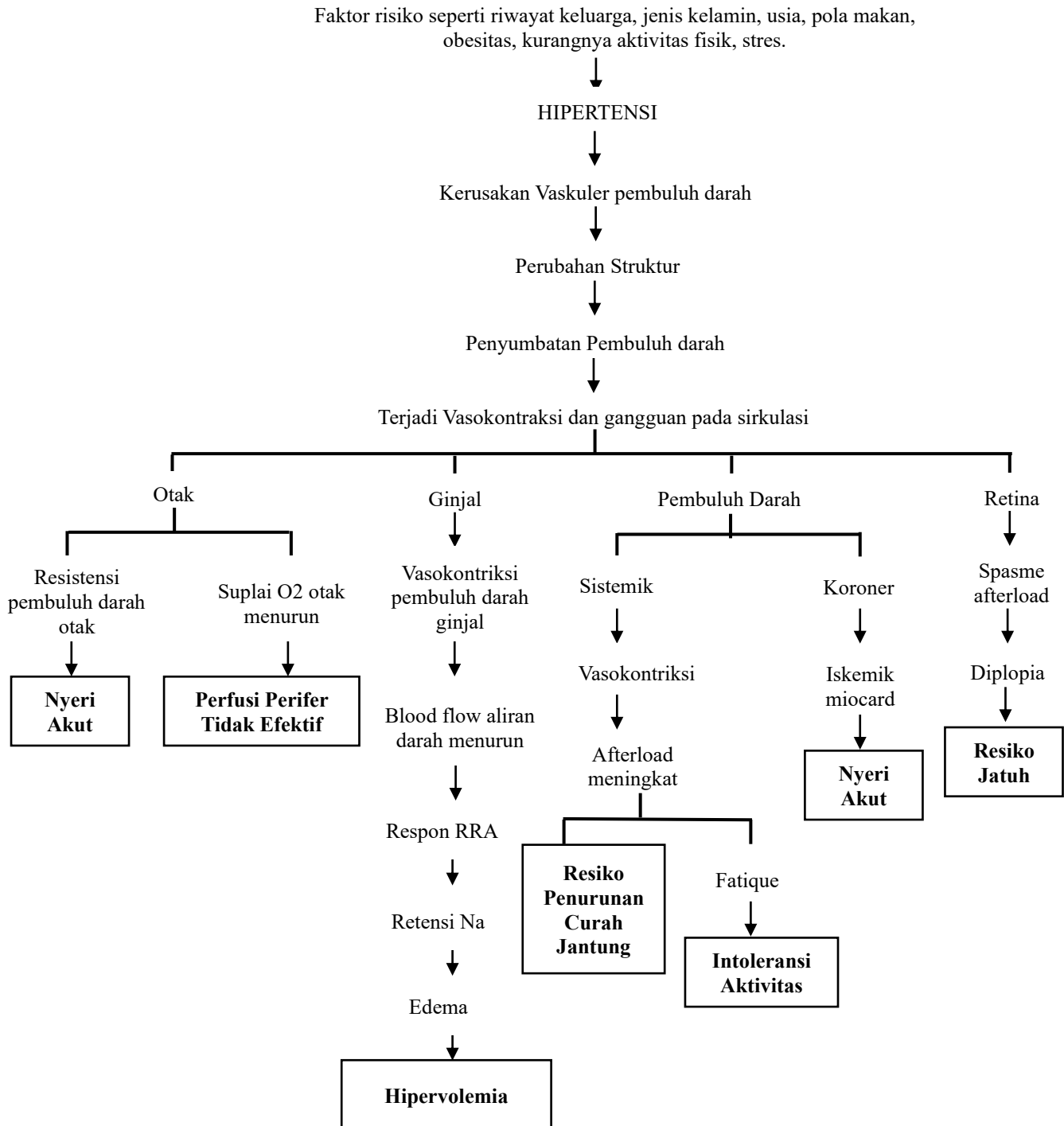
3. Gagal Ginjal

Gagal ginjal merupakan keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresif dan irreversible yang disebabkan dari berbagai faktor, yang paling umum adalah kardiovaskular. Mekanisme yang menyebabkan hipertensi pada gagal ginjal kronik disebabkan oleh sistem renin-angiotensinaldosteron (RAA) atau penimbunan udara dan gusi.

4. Ensefalopati (Kerusakan otak)

Kerusakan otak dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat dengan cepat). Tekanan tinggi pada kondisi ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler, keterikatan antara kerusakan otak dengan hipertensi.

6) Pathway



(Syaidah Marhabatsar & Sijid, 2021)

Gambar 1. Pathway Hipertensi

7) Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstruksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medula diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti, kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi.

Pada saat bersamaan ketika sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat,

yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh konteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler (Aspiani, 2015).

8) Pemeriksaan Penunjang

Menurut Tribagus Hidayat, (2021) pemeriksaan penunjang untuk penderita hipertensi sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Hemoglobin/Hematokrit: untuk mengkaji hubungan sel terhadap volume cairan dan mengindikasikan faktor risiko seperti hipokoagulasi, anemia.
 - b. *Blood urea nitrogen* (nitrogen urea darah)/kreatinin: memberikan informasi tentang aliran/fungsi darah ginjal.
 - c. Glukosa: hiperglikemi (DM adalah pemicu tekanan darah) dapat disebabkan oleh pelepasan ketokolamin.
 - d. Urinalisa: darah, protein, glukosa, menunjukkan gagal ginjal dan DM
 - e. CT Scan: mengkaji adanya tumor cerebral
2. Elektrokardiogram: menunjukkan pola regangan gelombang P dimana salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi
3. Foto dada: menunjukkan destruksi klasifikasi area katup, pembesaran jantung

9) Penalaksanaan

Menurut Arsa et al., (2023) menjelaskan bahwa penanganan hipertensi ada dua cara yaitu dengan farmakologi dan non farmakologi:

4. Farmakologi

Terapi farmakologi pada pasien hipertensi apabila tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan, maka yang perlu diperhatikan untuk menjaga kepatuhan dan mengurangi efek samping yaitu :

- a. Penghambat angiotensin, seperti (catropil, enalapril)
- b. Beta bloker, seperti (altenolol)
- c. Alpha bloker, seperti (deksasozin)
- d. Memberikan edukasi kepada pasien hipertensi mengenai terapi non farmakologi
- e. Melakukan pemantauan efek samping obat secara teratur.

5. Non farmakologi

Dengan melakukan pola hidup sehat dapat menurunkan tekanan darah dan sangat bermanfaat dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskuler, beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan antara lain :

- a. Hentikan kebiasaan merokok
- b. Mengonsumsi buah dan sayur
- c. Melakukan aktivitas fisik dan olahraga
- d. Menurunkan berat babdan berlebih
- e. Mengurangi asupan garam dan mengurangi konsumsi alcohol.

B. Konsep Keluarga

1. Definisi

Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang hidup bersama dalam ikatan dan kedekatan emosional baik yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan tidak memiliki batas keanggotaan dalam keluarga (B. Widiyanto et al., 2024).

2. Fungsi Keluarga

Widiyanto et al., (2024) menjelaskan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai segala tujuan. Berikut adalah secara umum fungsi keluarga menurut Friedman:

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi keluarga berhubungan dengan fungsifungsi internal keluarga berupa kasih sayang, perlindungan, dan dukungan psikososial bagi para anggotanya. Keberhasilan fungsi afektif dapat dilihat melalui keluarga yang gembira dan bahagia. Anggota keluarga mampu mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan yang dimiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial dan membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

e. Fungsi Perawatan/Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang berguna untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Kemampuan keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan kesehatan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga.

3. Tipe Keluarga

Menurut Nies & McEwen, (2019) tipe keluarga dibedakan menjadi dua jenis yaitu:

1. Tipe keluarga tradisional

- a. *Nuclear family* atau keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri atas suami, istri dan anak.

- b. *Dyad family* merupakan keluarga yang terdiri dari suami istri namun tidak memiliki anak.
 - c. *Single parent* yaitu keluarga yang memiliki satu orang tua dengan anak yang terjadi akibat perceraian atau kematian.
 - d. *Single adult* adalah kondisi dimana dalam rumah tangga hanya terdiri dari satu orang dewasa yang tidak menikah.
 - e. *Extended family* merupakan keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lainnya.
 - f. *Middle-aged or elderly couple* dimana orang tua tinggal sendiri di rumah karena anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri.
 - g. *Kit-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersamaan dan menggunakan pelayanan bersama.
2. Tipe keluarga non tradisional
- a. *Unmarried parent and child family* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak tanpa adanya ikatan pernikahan.
 - b. *Cohabiting couple* merupakan orang dewasa yang tinggal bersama tanpa adanya ikatan perkawinan.
 - c. *Gay and lesbian family* merupakan seorang yang memiliki persamaan jenis kelamin tinggal satu rumah layaknya suami-istri.
 - d. *Nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama tanpa adanya pernikahan dan sering berganti pasangan.
 - e. *Foster family*, keluarga menerima anak yang tidak memiliki hubungan darah dalam waktu sementara.

4. Struktur Keluarga

Struktur keluarga oleh Nies & McEwen, (2019) digambarkan sebagai berikut:

1. Struktur komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai, dan ada hirarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi pengiriman yakni mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas, serta meminat dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik dan valid. Komunikasi dalam keluarga dikatakan tidak berfungsi apabila tertutup, adanya isu atau berita negatif, tidak berfokus pada satu hal, dan selalu mengulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim bersifat asumsi, ekspresi perasaan tidak jelas, judgemental ekspresi, dan komunikasi tidak sesuai. Penerima pesan gagal mendengar, diskualifikasi, ofensif (bersifat negatif), terjadi miskomunikasi, dan kurang atau tidak valid.

2. Struktur peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa bersifat atau informal.

3. Struktur kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi atau mengubah perilaku orang lain, hak (legitimate

power), ditiru (referen power), keahlian (expert power), hadiah (reward power), paksa (coercive power) dan affective power.

4. Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

5. Tahap Perkembangan Keluarga

Keluarga sebagaimana individu berubah berkembang setiap saat. Masing-masing tahap perkembangan mempunyai tantangan, kebutuhan, sumber daya tersendiri, dan meliputi tugas yang harus dipenuhi sebelum keluarga mencapai tahap yang selanjutnya. Menurut Wahyuni (2021), terdapat 8 tahapan perkembangan keluarga (*EightStage Family Life Cycle*):

1. *Married couples (without children)*, pasangan nikah dan belum memiliki anak.
2. *Childbearing family (oldest child birth-30 month)*, keluarga dengan seorang anak pertama yang baru lahir.
3. *Families with preschool children (oldest child 2,5-6 years)*, keluarga dengan anak pertama yang berusia prasekolah.
4. *Families with school children (oldest child 6-13 years)*, keluarga dengan anak yang telah masuk sekolah dasar
5. *Families with teenagers (oldest child 13- 20 years)*, keluarga dengan anak yang telah remaja.

6. *Families launching young adults (first child gone to last child's leaving home)*, keluarga dengan anak yang telah dewasa dan telah menikah.
7. *Middle aged parents (empty nest to retirement)*, keluarga dengan orang tua yang telah pensiun.
8. *Aging family members (retirement to death of both spouse)*, keluarga dengan orang tua yang telah lanjut usia.
9. Tugas Keluarga menurut Friedman, Bowden, & Jones, 2010 yaitu:
 1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarga.
 2. Mengambil keputusan yang tepat dalam tindakan kesehatan bagi keluarga.
 3. Merawat anggota keluarga yang sakit atau mengalami gangguan kesehatan.
 4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
 5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat.

6. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Hipertensi

a. Pengkajian

1. Identitas Klien

Pada identitas klien meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, informan, tanggal pengkajian, dan alamat klien.

2. Keluhan Utama

Klien sering mengeluh jantung berdebar, peningkatan tekanan darah, napas cepat, nafsu makan menurun, gelisah, wajah memerah, berkeringan pada bagian telapak tangan, panas dingin, wajah tampak pucat, gelisah, ketegangan fisik, ketakutan, ketidakberdayaan.

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pasien masih mengeluh sakit kepala yang berat, penglihatan berkunang-kunang, tidak bisa tidur.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adakah penyakit lain yang menjadi faktor terjadinya hipertensi seperti gagal ginjal dan diabetes melitus.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit hipertensi ini adalah penyakit dari genetik yang menahun dan sudah lama dialami oleh pasien atau anggota keluarga lainnya.

6. Riwayat Psikososial-Spiritual

- a. Psikologis: perasaan yang dirasakan oleh klien, apakah cemas/sedih?
- b. Sosial: bagaimana hubungan klien dengan orang lain maupun orang terdekat klien dengan lingkungan?
- c. Spiritual: apakah klien tetap menjalankan ibadah selama perawatan di rumah sakit?

7. Data dasar pengkajian pada pasien hipertensi, meliputi:

a. Nutrisi

Makanan yang biasa dikonsumsi mencakup makanan tinggi natrium seperti makanan awitan, tinggi lemak, tinggi kolesterol, perubahan berat badan (meningkat).

b. Eliminasi

Biasanya pada pasien dengan hipertensi tidak mengalami gangguan pada pola eliminasi kecuali hipertensi yang diderita sudah menyerang target organ seperti ginjal dan akan mengakibatkan gangguan pada proses eliminasi urine.

c. Personal hygiene

Pada pasien dengan hipertensi ringan tidak mengalami gangguan pada proses personal hygienenya, dalam beberapa kasus pada pasien dengan hipertensi berat.

d. Istirahat tidur

Aktivitas istirahat pada pasien hipertensi terjadi gangguan pola tidur, seperti: susah tidur, sering terbangun pada saat malam hari, gelisah karena pusing, akibatnya aktivitas pasien terganggu, pada kasus hipertensi berat terjadinya kelelahan fisik, lemah, letih, resiko jatuh, nafas pendek, gaya hidup monoton dengan frekuensi jantung meningkat, perubahan trauma jantung dan takipnea.\

8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Pada pasien dengan hipertensi biasanya memiliki berat badan yang normal atau melebihi indeks masa tubuh, berat badan normal, tekanan darah $> 140/90$ mmHg, nadi > 100 x/menit, frekuensi nafas 16-24 x/menit.

b. Kepala dan leher

Pada pasien dengan hipertensi memiliki sistem penglihatan yang baik tidak mengalami gangguan oada fungsi pendengaran dan keseimbangan, pada kasus hipertensi berat pasien mengalami nyeri kepala, penglihatan kabur, terdapat pernafasan cuping hidung, terjadi distensi vena jugularis, terdapat pernafasan pursed lips dan dapat terjadinya anemis konjungtiva.

c. Dada

Secara umum baik dengan frekuensi nafas 16-24x/menit dengan irama teratur, pada kasus hipertensi tertentu seperti hipertensi berat pasien mengalami gangguan sistem pernafasan seperti takipnea, dyspnea dan ortopnea, adanya distress pernafasan / penggunaan otot-otot pernafasan pada hipertensi berat, frekuensi pernafasan >24 x/menit dengan irama pernafasan tidak teratur, kedalaman nafas cepat dan dangkal, adanya batuk dan terdapat sputum pada batuk pasien sehingga mengakibatkan sumbatan jalan nafas dan terdapat bunyi mengi, pada jantung pada kasus hipertensi ringan,

sirkulasi jantung dalam keadaan normal dengan kecepatan denyut jantung apical teratur dan terdapat bunyi jantung tambahan (S3), adanya nyeri dada pada kasus hipertensi sekunder dengan komplikasi kelainan jantung, pada pasien dengan hipertensi ringan dalam keadaan normal dengan frekuensi nadi 60-100 x/menit, irama teratur. Pada kasus hipertensi berat frekuensi nadi pasien dapat mencapai >100 x/menit, irama tidak teratur dan lemah, TD > 140/90 mmHg

d. Abdomen

Pada pasien hipertensi dalam keadaan baik, pada kasus hipertensi berat dengan komplikasi menyerang organ pada abdomen mengakibatkan pasien mengalami nyeri pada daerah abdomen.

e. Genitalia

Terjadinya perubahan pola kemih pada hipertensi sekunder yang menyerang organ ginjal sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pola berkemih yang sering pada malam hari.

f. Ekstremitas

Pada hipertensi ringan pasien tidak mengalami gangguan pada sistem musculoskeletal, tetapi pada hipertensi berat pasien mengalami kesulitan dalam bergerak, refleksi fisiologi meliputi refleksi biceps fleksi dan triceps ekstensi, serta refleksi patologis negative, dan kelemahan otot.

g. Integumen

Pada hipertensi berat yang ditandai dengan keadaan umum pucat, turgor kulit buruk, dan adanya edema pada hipertensi sekunder didaerah ekstremitas.

7. Diagnosa Keperawatan

Hipertensi sebagai penyakit kronis tidak hanya berdampak pada individu, tetapi juga memengaruhi fungsi dan peran keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga berperan penting dalam pengelolaan hipertensi, mulai dari pengambilan keputusan kesehatan, pemantauan tekanan darah, pengaturan diet, kepatuhan minum obat, hingga pencegahan komplikasi. Ketidakefektifan peran keluarga dapat memperburuk kondisi pasien dan meningkatkan risiko komplikasi (Friedman, Bowden, & Jones, 2019). Oleh karena itu, dalam asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi, perawat perlu mengidentifikasi berbagai diagnosa keperawatan yang muncul baik pada aspek fisiologis maupun psikososial (Purnamayanti, 2020):

1. Nyeri akut (D.0077)

Definisi : Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

a. Penyebab

Penyebab nyeri akut berdasarkan SDKI dibagi menjadi 3, yaitu:

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakarm terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)

b. Tanda dan Gejala Mayor

1) Subyektif

Mengeluh nyeri

2) Obyektif

Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

c. Tanda dan Gejala Minor

1) Subyektif

-

2) Obyektif

Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesi

2. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Definisi : Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

a. Penyebab

- 1) Hiperglikemia
- 2) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- 3) Peningkatan tekanan darah
- 4) Kekurangan volume cairan
- 5) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- 6) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (misal merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, mobilitas)
- 7) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (misal diabetes mellitus, hiperlipidemia)
- 8) Kurang aktivitas fisik.

b. Tanda dan Gejala Mayor

- 1) Subyektif

-

- 2) Obyektif

Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun

c. Tanda dan Gejala Minor

- 1) Subyektif

Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)

2) Obyektif

Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial $<0,90$,
bruit femoral

3. Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi : Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

a. Penyebab

- 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring
- 2) Kelemahan
- 3) Imobilotas
- 4) Gaya hidup monoton.

b. Tanda dan Gejala Mayor

1) Subyektif

Mengeluh lelah

2) Obyektif

Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat

c. Tanda dan Gejala Minor

1) Subyektif

Dipsnea saat/ setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah

2) Obyektif

Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat, Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/ setelah aktivitas, Gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis

4. Risiko jatuh (D.0143)

Definisi : Risiko jatuh adalah bersiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

a. Faktor Risiko

Faktor risiko untuk masalah risiko jatuh adalah:

- 1) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)
- 2) Riwayat jatuh
- 3) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)
- 4) Penggunaan alat bantu berjalan
- 5) Penurunan tingkat kesadaran
- 6) Perubahan fungsi kognitif
- 7) Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing)
- 8) Kondisi pasca operasi
- 9) Hipotensi ortostatik
- 10) Perubahan kadar glukosa darah
- 11) Anemia
- 12) Kekuatan otot menurun
- 13) Gangguan pendengaran
- 14) Gangguan keseimbangan

15) Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)

16) Neuropati

17) Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum
(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

5. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115)

Definisi: Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

a. Penyebab

- 1) Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan
- 2) Kompleksitas program perawatan/pengobatan
- 3) Kesulitan ekonomi
- 4) Banyak tuntutan
- 5) Konflik keluarga

b. Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita, mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan

2) Objektif

Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat, aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tidak tepat

c. Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif: -

2) Objektif

Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risikoPrioritas

8. Diagnosa Keperawatan

Setelah dirumuskan diagnosa keperawatan, maka tahap selanjutnya menentukan prioritas masalah menggunakan skala skroning sebagai berikut:

Tabel 1. Kriteria Prioritas Diagnosa Keperawatan

Kriteria	Skor	Bobot
1. Sifat masalah: • Tidak/kurang sehat • Ancaman kesejahteraan krisis. • Kesejahteraan sejahtera.	3 2 1	1
2. Kemungkinan masalah dapat dirubah: • Dengan mudah • Hanya sebagian • Tidak dapat	2 1 0	2
3. Potensi masalah untuk dicegah Tinggi • Cukup • Rendah	3 2 1	1
4. Menonjolkan masalah: • Masalah berat harus segera ditangani • Masalah tidak harus segera ditangani • Masalah tidak dapat di rasangkan	2 1 0	1

Sumber: Salvari Gusti, 2013

Skor (total nilai kriteria) x Bobot = Nilai

Angka tertinggi dalam skor

Keterangan :

Total Didapatkan Dengan:

- 1) Tentukan skor untuk tiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- 4) Skor tertinggi adalah 5, tentukan skor tertinggi untuk menentukan urutan nomor diagnose keperawatan keluarga

9. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. Rencana Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) 7. Uterus teraba membulat menurun (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi • Membantu dalam menentukan penyebab nyeri serta efektivitas intervensi yang diberikan. • Mengukur tingkat nyeri secara objektif untuk pemantauan dan evaluasi terapi. • Berguna untuk pasien yang kesulitan mengungkapkan nyeri secara verbal, seperti bayi atau pasien dengan gangguan komunikasi. • Memudahkan dalam menentukan strategi yang efektif untuk mengurangi nyeri. • Membantu perawat menyesuaikan edukasi dan intervensi sesuai dengan pemahaman pasien. • Menghormati perbedaan individu dalam mengekspresikan dan mengatasi nyeri sesuai dengan latar belakang budaya. • Menilai dampak nyeri terhadap aktivitas sehari-hari dan kesejahteraan pasien. • Mengevaluasi efektivitas metode nonfarmakologis dalam mengurangi nyeri. • Mencegah komplikasi akibat terapi farmakologis, seperti mual, pusing, atau ketergantungan obat.

			- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat - Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Terapeutik - membantu mengurangi nyeri tanpa efek samping obat. - menciptakan kenyamanan dan mengurangi stres yang memperparah nyeri. - membantu mempercepat pemulihan dan menurunkan persepsi nyeri. - Intervensi yang tepat akan lebih efektif jika disesuaikan dengan penyebab dan karakteristik nyeri. Edukasi - Membantu pasien memahami kondisi yang dialami dan mengurangi kecemasan terkait nyeri. - Memberikan pasien opsi untuk mengontrol nyeri dengan metode yang sesuai. - Meningkatkan kesadaran pasien dalam mengelola nyeri dan melaporkan jika ada perubahan. - Mencegah penggunaan obat yang berlebihan atau tidak sesuai dengan kebutuhan. - untuk mengoptimalkan efek analgesik. Kolaborasi - untuk mencegah efek samping yang tidak diinginkan.
2	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka Perfusi Perifer	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi:

		Meningkat (L.02011), dengan kriteria hasil: 1. Pengisian kapiler membaik 2. Akral membaik 3. Warna kulit pucat menurun 4. Turgor kulit membaik	• 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 • Lakukan pencegahan infeksi • Lakukan hidrasi Edukasi • Anjurkan berhenti merokok • Anjurkan berolahraga rutin • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu • Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur • program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)	• Pemeriksaan sirkulasi perifer penting untuk menilai kecukupan aliran darah dan mendeteksi gangguan perfusi dini. • Identifikasi faktor risiko membantu dalam pencegahan komplikasi akibat gangguan sirkulasi. • Pemantauan tanda-tanda inflamasi (panas, kemerahan, nyeri, bengkak) penting untuk mendeteksi adanya trombusis atau iskemia. Terapeutik: • Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah pada area dengan perfusi terbatas mencegah trauma dan memperburuk gangguan sirkulasi. • Pengukuran tekanan darah di ekstremitas dengan perfusi buruk dapat memberikan hasil yang tidak akurat dan meningkatkan risiko cedera jaringan. • Pencegahan infeksi penting karena gangguan sirkulasi meningkatkan risiko luka sulit sembuh. • Hidrasi yang adekuat membantu menjaga volume darah dan meningkatkan perfusi jaringan. Edukasi: • Berhenti merokok dapat meningkatkan aliran darah dengan mengurangi vasokonstriksi dan risiko aterosklerosis. • Olahraga teratur meningkatkan sirkulasi darah dan memperbaiki fungsi kardiovaskular.
--	--	---	--	---

				• Penggunaan obat-obatan seperti antihipertensi, antikoagulan, dan penurun kolesterol dapat membantu mencegah komplikasi lebih lanjut. • Kepatuhan terhadap pengobatan tekanan darah mencegah krisis hipertensi dan komplikasi vaskular. • Diet rendah lemak jenuh dan tinggi omega-3 membantu mengurangi plak aterosklerosis dan meningkatkan elastisitas pembuluh darah.
3	Intoleransi aktivitas (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047) dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat (5) 2. Keluhan lelah menurun (5) 3. Perasaan lemah menurun (5) 4. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat (5) 5. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat (5)	Manajemen Energi (I.05178) Observasi • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif • Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	Manajemen Energi (I.05178) Observasi • Memudahkan dalam menentukan penyebab utama kelelahan dan menyesuaikan intervensi. • Mengidentifikasi dampak kelelahan secara menyeluruh untuk penanganan yang lebih efektif. • Tidur yang tidak cukup atau terganggu dapat memperburuk kelelahan dan menurunkan daya tahan tubuh. • Membantu menentukan faktor lingkungan atau aktivitas yang memicu kelelahan dan rasa tidak nyaman. Terapeutik • Mengurangi rangsangan berlebih yang dapat menyebabkan stres dan memperburuk kelelahan. • Mencegah kekakuan otot, meningkatkan sirkulasi darah, dan membantu mempertahankan fungsi tubuh.

			- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	- Mengalihkan perhatian dari rasa lelah dan meningkatkan relaksasi mental serta fisik. - Membantu menjaga kekuatan otot dan mencegah komplikasi akibat imobilisasi total. Edukasi - Mengurangi penggunaan energi tubuh dan mempercepat pemulihan. - Mencegah kelelahan berlebih dan meningkatkan toleransi aktivitas secara perlahan. - Memastikan pasien mendapatkan intervensi lebih lanjut jika kelelahan tidak membaik. - Membantu pasien dalam mengelola stres dan meningkatkan ketahanan fisik serta mental. Kolaborasi - berperan dalam pemulihan energi dan mencegah kelelahan berkepanjangan.
4	Resiko jatuh (D.0143)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Tingkat Jatuh Menurun (L.14138), dengan kriteria hasil: - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat duduk menurun - Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi - Identifikasi faktor jatuh - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi: - Mengidentifikasi faktor risiko jatuh membantu dalam upaya pencegahan serta menyesuaikan strategi keselamatan bagi pasien. - Penilaian risiko jatuh secara berkala memungkinkan intervensi dini sebelum insiden terjadi. - Memantau faktor lingkungan yang berisiko membantu mengurangi hambatan fisik yang dapat menyebabkan jatuh.

			• Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik • Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga • Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci • Pasang handrail tempat tidur • Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah • Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station • Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) • Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin • Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri • Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	• Skala penilaian risiko jatuh (misalnya Morse Fall Scale, Humpty Dumpty Scale) membantu dalam mengklasifikasikan tingkat risiko pasien dan menentukan tindakan pencegahan yang tepat. • Memantau kemampuan berpindah tempat membantu menilai tingkat kemandirian pasien dan kebutuhan akan alat bantu. Terapeutik: • Orientasi ruang bagi pasien dan keluarga mengurangi kebingungan dan meningkatkan keselamatan. • Mengunci roda tempat tidur dan kursi roda mencegah pergerakan yang tidak disengaja dan risiko jatuh saat berpindah tempat. • Pemasangan handrail tempat tidur memberikan pegangan tambahan untuk meningkatkan stabilitas pasien. • Menempatkan pasien berisiko tinggi di dekat nurse station memungkinkan pengawasan lebih intensif dan respons cepat terhadap kebutuhan pasien. • Penggunaan alat bantu berjalan membantu menjaga keseimbangan dan mencegah jatuh saat mobilisasi. • Meletakkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien memungkinkan mereka meminta bantuan tanpa perlu mengambil risiko berpindah secara mandiri. Edukasi: • Menganjurkan pasien untuk meminta bantuan saat berpindah mengurangi risiko
--	--	--	---	--

				jatuh akibat kurangnya keseimbangan atau kekuatan. • Menggunakan alas kaki yang tidak licin meningkatkan stabilitas saat berjalan. • Berkonsentrasi dalam menjaga keseimbangan membantu pasien menghindari gerakan tiba-tiba yang dapat menyebabkan jatuh. • Melebarkan jarak kedua kaki meningkatkan stabilitas tubuh saat berdiri dan mengurangi risiko kehilangan keseimbangan. • Mengajarkan penggunaan bel pemanggil memastikan pasien dapat meminta bantuan tepat waktu tanpa mengambil risiko jatuh.
5	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Manajemen Kesehatan Keluarga (L.12105), dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan untuk menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat 2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat 3. Tindakan untuk mengurangi faktor risiko meningkat 4. Gejala penyakit anggota keluarga menurun	Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (I.13477) Observasi • Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan • Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga • Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga • Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga Terapeutik • Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya Kesehatan • Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga	Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan (I.13477) Observasi • Mengetahui kebutuhan dan harapan keluarga membantu perawat menyusun rencana perawatan yang sesuai dengan kondisi, nilai, dan prioritas keluarga • Pemahaman terhadap dampak negatif apabila keluarga tidak terlibat dalam perawatan dapat meningkatkan kesadaran keluarga akan pentingnya peran aktif dalam menjaga dan meningkatkan status kesehatan pasien • Sumber daya keluarga, seperti dukungan emosional, finansial, waktu, dan pengetahuan, sangat memengaruhi keberhasilan perawatan sehingga perlu

			• Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal Edukasi • Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga • Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada • Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga	dikenali untuk dioptimalkan secara efektif. • Menentukan tindakan yang realistis dan sesuai kemampuan keluarga memungkinkan perawatan berkelanjutan di rumah serta mencegah ketergantungan penuh pada tenaga kesehatan Terapeutik • Sikap dan emosi positif keluarga dapat meningkatkan dukungan psikologis kepada pasien, memperkuat motivasi pasien, serta membantu proses adaptasi terhadap kondisi kesehatan yang dialami. • Pemanfaatan sarana dan fasilitas yang tersedia di rumah dapat meningkatkan efektivitas perawatan, memudahkan keluarga dalam memberikan dukungan, serta mengurangi ketergantungan pada fasilitas kesehatan formal. • Lingkungan rumah yang aman, nyaman, dan mendukung kesehatan dapat mencegah komplikasi, meningkatkan keselamatan pasien, serta mempercepat proses pemulihan. Edukasi • Pengetahuan tentang fasilitas kesehatan yang tersedia memudahkan keluarga dalam mengakses layanan kesehatan secara tepat waktu dan berkesinambungan. • Pemanfaatan fasilitas kesehatan secara optimal membantu deteksi dini masalah
--	--	--	---	--

				kesehatan, meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, serta mencegah perburukan kondisi pasien Edukasi keterampilan perawatan kepada keluarga meningkatkan kemandirian keluarga, kontinuitas perawatan di rumah, serta menurunkan risiko komplikasi dan kekambuhan
6	Hipervolemia (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan masalah hipervolemia teratasi dengan kriteria hasil: SLKI: L.03027 – Status Cairan, dengan indikator: - Edema menurun - Distensi vena jugularis menurun - Berat badan stabil - Intake dan output cairan seimbang - Tekanan darah dalam batas normal - Bunyi napas tambahan berkurang	Manajemen hipervolemia (I.03114) Observasi - Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dyspnea, JVP/CVP meningkat rileks hepatojugular positif, suara nafas tambahan) - Identifikasi penyebab hipervolemia - Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP,CVP,PAP PCWP,CO,CI), jika tersedia - Monitor intake dan output cairan - monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) - monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat)	Manajemen hipervolemia (I.03114) Observasi - pemeriksaan tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dyspnea, JVP/CVP meningkat rileks hepatojugular positif, suara nafas tambahan) - mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP,CVP,PAP PCWP,CO,CI), jika tersedia - Memonitor intake dan output cairan - memonitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) - memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat)

			• monitor kecepatan infus secara ketat • monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatermia) Terapeutik • timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama • batasi asupan cairan dan garam • tinggikan kepala tempat tidur 30 –40 derajat Edukasi • anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 Ml /kg/jam dalam 6 jam • anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari • ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan • ajarkan cara membatasi cairan kolaborasi • kolaborasi pemberian diuretik • kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik • kolaborasi pemberian continous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu.	• memonitor kecepatan infus secara ketat • memonitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatermia) Terapeutik • menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama • membatasi asupan cairan dan garam • tinggikan kepala tempat tidur 30 –40 derajat Edukasi • menganjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 Ml /kg/jam dalam 6 jam • menganjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari • mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan • mengajarkan cara membatasi cairan kolaborasi • berkolaborasi pemberian diuretik • berkolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik • berkolaborasi pemberian continous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu.
7	Resiko penurunan curah jantung (D.0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: SLKI: L.02008 – Curah Jantung Indikator:	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi: • Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i>, peningkatan CVP)	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi: • mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i>, peningkatan CVP)

		1. Frekuensi nadi dalam batas normal 2. Tekanan darah membaik / stabil 3. Pengisian kapiler < 3 detik 4. Tidak ada tanda sianosis 5. Produksi urin adekuat (>0,5 ml/kg/jam) 6. Tingkat kesadaran membaik	• Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronki basah, oliguria, batuk, kulit pucat) • Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) • Monitor intake dan output cairan • Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Monitor saturasi oksigen • Monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) • Monitor EKG 12 sadapan • Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) • Monitor nilai laboratorium jantung (mis. elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) • Monitor fungsi alat pacu jantung • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. <i>beta blocker</i>, ACE inhibitor, <i>calcium channel blocker</i>, digoksin) Terapeutik: • Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman	• mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronki basah, oliguria, batuk, kulit pucat) • Memonitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) • Memonitor intake dan output cairan • Memonitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Memonitor saturasi oksigen • Memonitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) • Memonitor EKG 12 sadapan • Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) • Memonitor nilai laboratorium jantung (mis. elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) • Memonitor fungsi alat pacu jantung • Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas • Memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. <i>beta blocker</i>, ACE inhibitor, <i>calcium channel blocker</i>, digoksin) Terapeutik: • Memposisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
--	--	---	--	---

			• Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) • Gunakan <i>stocking</i> elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi • Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat • Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu • Berikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi: • Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi • Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap • Anjurkan berhenti merokok • Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian • Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi: • Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu • Rujuk ke program rehabilitasi jantung	• Memberikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) • Menggunakan <i>stocking</i> elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi • Memfasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat • Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu • Memberikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi: • Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi • Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap • Menganjurkan berhenti merokok • Mengajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian • Mengajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi: • Berkolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu • Merujuk ke program rehabilitasi jantung
--	--	--	---	--

(PPNI, 2017)

10. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap dalam proses asuhan keperawatan yang berfokus pada tindakan nyata untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan, dalam hal ini hipertensi. Tindakan keperawatan yang diberikan didasarkan pada perencanaan keperawatan yang telah disusun sebelumnya dan dapat dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lainnya. Implementasi ini tidak hanya mencakup intervensi langsung kepada pasien, tetapi juga edukasi mengenai pengelolaan hipertensi, koordinasi dengan tim medis, serta pendokumentasian hasil intervensi yang telah dilakukan (Prastiwi et al., 2023)

11. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi dan implementasi yang telah diberikan kepada lansia dengan hipertensi. Evaluasi ini penting untuk memastikan bahwa tekanan darah lansia dapat dikontrol dengan baik dan untuk menentukan langkah selanjutnya dalam perawatan pasien. Menurut (Noviani, Hadi, Haryanto, & Prayetni, 2021), evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

a. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif dilakukan secara berkelanjutan selama proses perawatan berlangsung. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk mengamati perkembangan kondisi pasien, mengevaluasi respons

terhadap intervensi yang diberikan, serta melakukan penyesuaian tindakan jika diperlukan. Dalam evaluasi formatif pada pasien dengan hipertensi, perawat memantau tekanan darah pasien secara berkala, menilai kepatuhan pasien terhadap terapi obat, serta mengamati adanya perubahan kondisi seperti pusing, nyeri kepala, atau tanda-tanda komplikasi hipertensi. Jika tekanan darah pasien tetap tinggi meskipun telah diberikan intervensi, maka perlu dilakukan modifikasi rencana keperawatan, seperti penyesuaian dosis obat atau edukasi tambahan mengenai diet rendah garam dan pengelolaan stres.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif dilakukan pada akhir periode perawatan atau setelah serangkaian intervensi diberikan untuk menilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai. Salah satu metode yang umum digunakan dalam evaluasi sumatif adalah pendekatan SOAP, yang terdiri dari empat komponen utama (Noviani et al., 2021) :

1) S (Subjektif)

Komponen subjektif mencakup informasi yang diperoleh dari pasien atau keluarganya mengenai kondisi yang dirasakan setelah menerima tindakan keperawatan. Misalnya, pasien hipertensi dapat melaporkan bahwa pusingnya sudah berkurang setelah mengonsumsi obat antihipertensi dan menerapkan pola hidup sehat.

2) O (Objektif)

Data objektif meliputi hasil pemeriksaan dan pengamatan langsung yang dilakukan oleh perawat setelah memberikan intervensi. Misalnya, dalam evaluasi pasien hipertensi, perawat mencatat bahwa tekanan darah pasien menurun ke batas normal ($<140/90$ mmHg), denyut nadi dalam rentang normal, dan tidak ada tanda-tanda komplikasi seperti sesak napas atau edema.

3) A (Assessment/Penilaian)

Pada tahap ini, perawat membandingkan data subjektif dan objektif dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika tekanan darah pasien telah berada dalam rentang normal dan pasien menunjukkan pemahaman yang baik terhadap manajemen hipertensi, maka masalah keperawatan dapat dinyatakan teratasi. Jika belum, perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut untuk menentukan intervensi tambahan yang diperlukan.

4) P (Planning/Perencanaan)

Berdasarkan hasil evaluasi sebelumnya, tahap ini berfokus pada perencanaan tindak lanjut yang akan dilakukan. Jika tekanan darah pasien sudah terkontrol, maka perawatan dapat dialihkan ke tahap pemantauan rutin dan edukasi untuk mencegah hipertensi kambuh. Jika tekanan darah masih tinggi, intervensi tambahan seperti edukasi intensif mengenai diet, aktivitas fisik, dan manajemen stres mungkin diperlukan.