

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi

Tekanan darah adalah kekuatan yang diberikan oleh sirkulasi darah ke dinding-dinding arteri tubuh, pembuluh darah utama dalam tubuh sehingga tekanan darah tinggi di atas nilai normal. Tekanan darah ditulis sebagai dua angka. Angka pertama (sistolik) mewakili tekanan dalam pembuluh darah ketika jantung berkontraksi atau berdetak. Angka kedua (diastolik) mewakili tekanan di dalam pembuluh darah ketika jantung beristirahat di antara detak jantung (WHO, 2021).

Menurut Kemenkes (2014) hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik mencapai lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah distolik mencapai lebih dari 90 mmHg pada dua kali penukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat atau seseorang sudah merasa tenang. Sedangkan menurut Musakkar (2021) hipertensi adalah suatu peningkatan darah didalam arteri. Dimana hiper artinya berlebihan dan tensi yang artinya tekanan/tegangannya, jadi hipertensi merupakan gangguan pada system peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal.

Berdasarkan sumber-sumber diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit hipertensi merupakan suatu peningkatan darah didalam arteri dimana tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg yang dapat mengakibatkan timbulnya penyakit kardiovaskuler.

2. Klasifikasi

Menurut Nurhikmawati (2020) klasifikasi berdasarkan penyebabnya yaitu:

a. Hipertensi primer

Hipertensi primer merupakan penyakit multifaktorial yang timbul akibat interaksi beberapa faktor resiko. Beberapa faktor resiko tersebut antara lain: pola hidup seperti merokok, asupan garam berlebihan, obesitas,

aktifitas fisik dan stres, faktor keturunan, faktor usia (Anwar, 2019).

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder merupakan suatu keadaan dimana meningkatnya tekanan darah yang terjadi disebabkan oleh penyakit tertentu. Beberapa faktor penyebab hipertensi sekunder antara lain penyakit ginjal seperti glomerulonefritis akut, nefritis kronis, kelainan renovaskuler, dan sindrom gordon. Serta kelainan neorologi seperti tumor otak (Farapti, 2019).

3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak pada pusat vasomotor pada medula otak. Dari vasomotor tersebut bermula jaras saraf simpatis yang berlanjut kebawah korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neurun preganglion melepaskan asitilkolin yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion kepembuluh darah. Dengan dilepaskannya norepinerpin akan mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Sebagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vaskuler (Astiari, 2019).

Seseorang dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin. Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokontraksi. Medula adrenal mensekresi epineprin yang menyebabkan vasokontraksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal menyebabkan pelepasan renin. renin merangsang pembentukan angiotensi I yang kemudian diubah menjadi II yang menyebabkan adanya suatu vasokonstriktor yang kuat. Hal ini merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal.

Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal yang mengakibatkan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi. Pada lansia, perubahan struktur dan fungsi pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan

tekanan darah yang terjadi. perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah yang akan menurunkan kemampuan distensi daya regang pembuluh darah. Hal tersebut menyebabkan aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung. Sehingga terjadi penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Saputra, 2019).

4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala dapat terjadi setelah mengalami hipertensi berupa dari beberapa sumber menurut Firmansyah (2019) yaitu:

- a. Sakit kepala akibat peningkatan tekanan darah intrakranium
- b. Penglihatan kabur kerusakan hipertensi pada retina
- c. cokturia yang disebabkan peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus
- d. Pembengkakan akibat peningkatan kapiler

5. Penatalaksanaan

Menurut Arif (2020) penatalaksanaan pada hipertensi terbagi menjadi 2 yaitu:

- a. Penatalaksanaan farmakologis
- b. Penatalaksanaan non farmakologis (diet)

Penatalaksanaan non farmakologis (diet) sering sebagai pelengkap penatalaksana farmakologis, selain pemberian obat-obatan antihipertensi perlu terapi dietik dan merubah gaya hidup.

Tujuan dari penatalaksanaan diet :

- 1) Membantu menurunkan tekanan darah secara bertahap dan mempertahankan tekanan darah menuju normal.
- 2) Mampu menurunkan tekanan darah secara multifaktoral
- 3) Menurunkan faktor resiko lain seperti berat badan berlebihan, tingginya kadar asam lemak, kolesterol dalam darah.

4) Mendukung pengobatan penyakit penyerta seperti penyakit ginjal

Prinsip diet penatalaksanaan hipertensi

- 1) Makanan beraneka ragam dan gizi seimbang

- 2) Jenis dan komposisi makanan disesuaikan dengan kondisi
- 3) Jumlah garam dibatasi sesuai dengan kesehatan penderita dan jenis makanan dalam daftar diet. Konsumsi garam dapur tidak lebih dari $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ sendok teh / hari atau dapat menggunakan garam lain diluar natrium.

B. Konsep dasar lansia

1. Definisi

Lansia Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya yang telah memasuki usia 60 tahun keatas (WHO, 2020).

Menurut Kemenkes (2016) lansia adalah seseorang yang lebih dari 60 tahun, yang mana terdapat pralansia, lansia dan lansia resiko tinggi.

Usia lanjut sebagai tahap akhir siklus kehidupan yang merupakan tahap perkembangan normal yang akan dialami setiap individu yang mencapai usia lanjut dan merupakan kenyataan yang tidak dapat dihindari. Usia lanjut adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade. Dikatakan usia lanjut tergantung dari konteks kebutuhan yang tidak dipisah-pisahkan (Manna, 2018).

Berdasarkan sumber diatas dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang berusia diatas 60 tahun yang telah mengalami perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade.

2. Klasifikasi Lansia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2013) lanjut usia meliputi:

- a. Usia pertengahan (middle age) 45-59 tahun
- b. Usia lanjut (elderly) 60-74 tahun
- c. Usia lanjut tua (old) 75-90 tahun
- d. Usia sangat tua (very old) diatas 90 tahun

Menurut Kemenkes RI (2015) ada lima klasifikasi lansia, yaitu :

- a. Pralansia (prasenilis) ialah seseorang yang berusia 45-59 tahun.
- b. Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas sampai 69 tahun.
- c. Lansia resiko tinggi adalah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih.

- d. Lansia potensial adalah yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa
- e. Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung ke orang lain

3. Proses Penuaan

Proses penuaan pada lansia menimbulkan berbagai penyakit yang disebabkan oleh organ-organ tubuh yang mengalami proses penuaan dan penurunan fungsi sehingga menjadi rentan terhadap timbulnya penyakit yang bersifat multiorgan. Lanjut usia merupakan usia yang beresiko tinggi terhadap penyakit-penyakit degenerative, seperti penyakit jantung coroner (PJK), diabetes mellitus, asam urat (gout), dan kanker, reumatik, gagal ginjal, penyakit paru-paru (Andaria, 2020).

Proses penuaan merupakan proses biologis dimana terdapat perubahan-perubahan dalam tubuh yang terprogram oleh jam biologis, terjadinya aksi dari zat metabolik akibat mutasi spontan, radikal bebas dan adanya kesalahan pada molekul DNA, dan perubahan yang terjadi di dalam sel ataupun akibat pengaruh dari luar sel (Astiari, 2019).

4. Perubahan pada Lansia

Perubahan pada lansia meliputi perubahan biologis, psikologis, dan sosialologis. Perubahan biologis diantaranya adalah penurunan fungsi sel otak, penurunan kemampuan, penurunan masa otot dan peningkatan masa lemak yang mengakibatkan penurunan cairan tubuh sehingga kulit kelihatan mengerut, kering serta muncul garis-garis yang menetap pada wajah, penurunan indera penglihatan, dan penurunan indera pendengaran yang menyebabkan lansia kurang aktif dan mengganggu kegiatan sehari-hari. Perubahan psikologis berupa ketidakmampuan untuk mengadakan penyesuaian terhadap situasi yang dihadapi. Perubahan sosiologis lansia sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pemahaman terhadap diri sendiri (Musakkar, 2021).

a. Perubahan Fisik dan Fungsional

1) Sel

- a) Jumlah sel menurun atau lebih sedikit

- b) Ukuran sel lebih besar
 - c) Jumlah cairan tubuh menurun atau berkurang
 - d) Jumlah cairan intraseluler menurun
- 2) Kardiovaskuler
- a) Katup jantung menebal dan kaku
 - b) Kemampuan jantung memompa darah menurun atau lemah (menurunnya kontraksi dan volume)
 - c) Elastisitas pembuluh darah menurun
 - d) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat

5. Tanda dan Gejala Lansia Dimensia

Menurut Astiari (2019) ada beberapa tanda dan gejala lansia yang mengalami dimensia yaitu:

- a. Hilang ingatan
- b. Konsentrasi menurun
- c. Sulit berkomunikasi
- d. Sulit berbahasa
- e. Tidak mampu memecahkan masalah atau merencanakan sesuatu
- f. Kebingungan
- g. Sulit mengambil keputusan
- h. Koordinasi pergerakan tubuh tidak seimbang

C. Konsep Dasar Terapi Air Hangat

1. Definisi

Terapi rendam kaki air hangat adalah terapi non farmakologis yang memberikan efek fisiologis terhadap beberapa bagian tubuh organ manusia seperti jantung dan tekanan hidrostatik air terhadap tubuh mendorong aliran darah dari kaki menuju kerongga dada dan darah akan berakumulasi di pembuluh darah besar jantung (Fildayanti, 2020). Air hangat adalah salah satu media terapi yang bisa mencegah dan memulihkan seseorang dari penyakit hipertensi. Hal tersebut dikarenakan efek hidrostatik, hidrodinamik dan suhu hangatnya yang membuat peredaran darah di dalam tubuh menjadi lancar, selain dapat memperlancar peredaran darah air hangat

juga memberikan efek ketenangan bagi tubuh sehingga keseimbangan dalam tubuh (hemostatis) dapat tercapat dengan baik (Tari, 2015).

Terapi menggunakan air hangat dapat dilakukan selama 10-15 menit, selama 1 hari sekali dalam 1 minggu. Terapi ini tidak menimbulkan efek samping yang berbahaya, namun jika di berikan terlalu lama atau air yang di gunakan tidak bersih akan menimbulkan dermatosis atau masalah kulit (nyeri pada kulit, kulit kemerahan, perih).

2. Manfaat

Air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh pertama berdampak pada pembuluh darah menjadi lancar, yang kedua adalah factor pembebanan di dalam air yang menguatkan otot-otot dan ligament yang mempengaruhi sendi tubuh. Rendam kaki dengan air hangat bermanfaat untuk vasodilatasi aliran darah sehingga diharapkan dapat mengurangi tekanan darah (Hardianti *et al.*, 2018). Manfaat atau efek hangat adalah efek fisik panas atau hangat yang dapat menyebabkan zat cair, padat, dan gas mengalami pemuaihan ke segala arah dan dapat meningkatkan reaksi kimia. Pada jaringan akan terjadi metabolisme seiring dengan peningkatan pertukaran antara zat kimia tubuh dengan cairan tubuh. Efek biologis panas atau hangat dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan pelebaran pembuluh darah, menurunkan pembekuan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler. Respon dari hangat inilah yang dipergunakan untuk keperluan terapi pada berbagai kondisi dan keadaan dalam tubuh.

3. Indikasi

Terapi rendam kaki dapat diberikan pada klien yang mengalami sakit punggung, nyeri sendi, sakit kepala, hipertensi, nyeri panggul, gangguan tidur, stress, komplikasi, dan radang sendi (Mathew *et al.*, 2016).

4. Kontraindikasi

Terapi rendam kaki tidak dianjurkan untuk klien yang memiliki penyakit jantung dengan kondisi yang parah, klien yang memiliki hipotensi, DM dan kesadaran menurun (Harnani *et al.*, 2017).

5. Waktu Pemberian

Menurut Solechah *et al.*, (2017), terapi rendam kaki dengan menggunakan air hangat dapat dilakukan selama 15 menit. Kemudian demonstrasi ini dilakukan secara rutin dalam waktu tiga hari dengan waktu yang sama, Terapi ini sangat aman untuk diaplikasikan karena tidak mempunyai efek samping. (Hafiz & Riyadi, 2020).

Terapi rendam kaki air hangat juga dilakukan selama 10-15 menit dengan suhu air sekitar 37°C - 39°C dan dilakukan sebanyak 3 kali dalam 1 minggu dengan kurun waktu kurang lebih 3 minggu. (Noprian *et al.*, 2018).

6. Prinsip Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat

Pelaksanaan yang perlu diperhatikan pertama memberikan informasi kepada pasien yang jelas tentang yang dirasakan pasien selama tindakan dilaksanakan, menginstruksikan pasien untuk melaporkan perubahan selama dilakukan perendaman kaki, serta memakai jam untuk mengetahui durasi waktu, memperhatikan prosedur tindakan dan perubahan suhu, serta tidak meninggalkan pasien selama perendaman berlangsung. Efek samping rendam kaki dengan air hangat. Kerusakan jaringan dapat terjadi ketika tubuh terpapar suhu terlalu panas, kaki secara berkala suhu pada air hangat dan kaji kulit pasien selama terapi berlangsung (McChan, 2014).

7. Peran Perawat

Peran perawat dalam melaksanakan terapi ini sebagai fasilitator dan pembimbing klien. Peran perawat yang dapat dilakukan dari pengetahuan tentang terapi komplementer diantaranya sebagai pendidik kesehatan, peneliti, pemberi pelayanan langsung, koordinator dan sebagai advokat. Sebagai konselor perawat dapat menjadi tempat bertanya, konsultasi, dan diskusi apabila klien membutuhkan informasi ataupun sebelum mengambil keputusan. Sebagai pendidik kesehatan, perawat dapat menjadi pendidik bagi perawat di sekolah tinggi keperawatan seperti yang berkembang di Australia dengan lebih dahulu mengembangkan kurikulum pendidikan (Crips & Taylor, 2012).

8. Prosedur

Menurut Lalage (2015), dalam teknik rendam kaki menggunakan air hangat terdapat beberapa langkah yang harus dipersiapkan sebagai berikut :

- a) Anjurkan pasien untuk duduk kursi dengan rileks dan bersandar.
- b) Masukkan air hangat dengan suhu 37-39°C ke dalam ember/baskom sebanyak 2 liter.
- c) Rendam kedua kaki pasien sampai batas pergelangan selama 15-20 menit ke dalam ember/baskom yang telah diberi air hangat.
- d) Setelah selesai angkat kedua kaki.
- e) keringkan kaki dengan menggunakan handuk.
- f) Agar kaki pasien tidak terasa kering dan tetap halus maka boleh dioleskan menggunakan krim pelembut (*body lotion*).

9. SOP Rendam Kaki Menggunakan Air Hangat

| | |
|--|---|
|  | PROSEDUR PERENDAMAN KAKI MENGGUNAKAN AIR HANGAT |
| PENGERTIAN | Rendam kaki pada air hangat adalah salah satu terapi yang bermanfaat untuk mendilatasi pembuluh darah, melancarkan peredaran darah dan memicu saraf yang ada pada telapak kaki untuk bekerja. (Tari, 2013) |
| TUJUAN | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menurunkan tekanan darah 2. Melancarkan sirkulasi darah 3. Relaksasi otot 4. Kesehatan jantung 5. Mengurangi edema |
| MANFAAT | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembuluh darah menjadi lancar 2. Otot – otot dan ligament menjadi kuat 3. Menurunkan ketegangan otot 4. Meningkatkan metabolisme jaringan |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | 5. Meningkatkan permeabilitas kapiler. |
| INDIKASI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri punggung 2. Nyeri sendi 3. Sakit kepala 4. Hipertensi 5. Gangguan tidur 6. Stress 7. Radang sendi |
| KONTRAINDIKASI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Seseorang yang memiliki penyakit DM 2. Seseorang yang mengalami hipotensi 3. Seseorang yang mengalami penurunan kesadaran |
| STANDARD OPERSIONAL PROSEDUR | |
| KEBIJAKAN | - |
| | <p>A. Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar Informed Consent 2. Lembar Observasi. 3. Baskom 4. Handuk 5. Air hangat 6. Tensi Meter <p>B. Pelaksanaan</p> <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam kepada Responden. b. Memperkenalkan diri (nama dan identitas singkat peneliti) kepada Responden. c. Menanyakan nama dan panggilan nama Responden. 2. Evaluasi/Validasi |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan perasaan Responden saat ini. b. Menanyakan masalah yang dirasakan. <p>3. Kontrak (topik, waktu, tempat)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan tujuan kegiatan yaitu mengenalkan perendaman kaki dengan menggunakan air hangat dan cara penggunaannya. b. Menjelaskan tujuan tindakan. <p>4. Pelaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Air hangat kira-kira 5 liter dengan suhu 37°C - 39°C b. Siapkan tensi, handuk dan ember/baskom c. Kemudian anjurkan responden duduk di kursi dengan rileks dan bersandar. Dan lakukan tensi pada klien d. Kemudian tuangkan air hangat tersebut ke dalam ember/baskom e. Setelah itu rendam kaki ke dalam ember/baskom tersebut sampai pergelangan kaki selama 10-15 menit f. Setelah itu angkat kedua kaki, bilas dengan air dingin dan keringkan dengan handuk kemudian tensi ulang responden <p>5. Terminasi</p> <p>Evaluasi respon responden</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengobservasi tekanan darah responden setelah dilakukan perendaman kaki b. Menanyakan perasaan Responden setelah dilakukan perendaman kaki c. Memberikan reinforcement positif terhadap Responden yang sudah mengalami penurunan tekanan darah d. Rencana tindak lanjut Menganjurkan Responden menilai perubahan tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukannya perendaman kaki. |
|--|--|

Gambar 2.1 Prosedur Terapi Rendam Kaki Air Hangat (Harnani & Axmalia, 2017).

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dalam berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Ernawati, 2012).
- b. Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien termasuk kekuatan dan kelemahan klien. Data dikumpulkan dari klien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, grafik dan rekamedik. (Sugiono 2012).
 - 1) Biodata
Terdiri dari nama, usia, jenis kelamin, tempat tinggal, suku bangsa, agama dan pekerjaan.
 - 2) Riwayat kesehatan sekarang
Pada riwayat kesehatan sekarang pemeriksaan pada pasien dengan hipertensi pada umumnya didapat klien mengeluh pusing, sakit kepala, nyeri dirasakan seperti ditimpa beban berat, sakit kepala terasa bila klien melakukan aktifitas dan berkurang apabila di istirahatkan. Untuk setiap keluhan di perjelas dengan PORST:
Paliatif : Apa yang menjadi keluhan sehingga lebih berat atau lebih ringan.
Quantitas : Bagaimana nyeri dirasakan, apakah seperti ditusuk-tusuk
Region : Di daerah mana nyeri dirasakan, apakah menyebar
Skala : Intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktifitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.
Time : Kapan waktunya mulai terjadi keluhan.
 - 3) Riwayat kesehatan dahulu Apabila klien mempunyai masalah kesehatan seperti hipertensi, hiperproteinemia terdiri dari peningkatan serum kolestrol, peningkatan trigeserida, peningkatan serum basa lemak, dan klien biasanya mempunyai riwayat DM, Reumatik dan menggunakan obat obat tertentu.

- 4) Riwayat kesehatan keluarga Untuk mengetahui apabila keluarga mempunyai penyakit kardiovaskuler, penyakit jantung, diet, keperibadian, dan gaya hidup penuh stress.
- 5) Pemeriksaan fisik Pemeriksaan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.
 - a) Tanda-tanda vital
Adanya peningkatan dalam tekanan darah dari normalnya 120/80 mmHg dan peningkatan frekuensi nadi dari normalnya 60-70x/menit
 - b) Sistem penginderaan (penglihatan)
Terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, buta total, kehilangan gaya lihat sebagian, (kebutuhan monokuler), penglihatan ganda (diplopi) gangguan yang lain, ukuran reaksi pupil tidak sama, kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah di kenali dengan baik.
 - c) Sistem pernafasan
Frekuensi pernafasan kemungkinan akan meningkat
 - d) Sistem kardiovaskuler
Peningkatan tekanan darah, dan peningkatan denyut nadi.
 - e) Sistem gastrointestinal
Ditemukannya keluhan tidak nafsu makan, mual muntah dan penurunan berat badan.
 - f) Sistem integument
Kulit tampak pucat, adanya nodul subkutan, terdapat lesi, oedema serta turgor kulit jelek akibat penuaan.
 - g) Sistem muskuloskeletal
Kaji kekuatan dan gangguan tonus otot, pada klien hipertensi didapat klien merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kesemutan atau kebas.
 - h) Sistem genitourinaria
Terjadi gangguan pada perkemihan menunjukkan inkontinensia urin meningkat, serta penurunan fungsi ginjal maka akan terjadi

perusakan genitourinaria.

i) Sistem neurologi

- 1) Nervus I (Olfacterius) : penciuman
 - 2) Nervus II (Opticus) : penglihatan
 - 3) Nervus III (Oculomotoris) : gerak ekstraokuler mata dan kontriksi dilatasi pupil.
 - 4) Nervus IV (Trochlearis) : gerak bola mata ke atas ke bawah
 - 5) Nervus V (Trigeminus) : sensori kulit wajah, penggerak otot rahang.
 - 6) Nervus VI (Abducens) : gerak bola mata ke samping
 - 7) Nervus VII (Facialis) : ekspresi pasial dan pengecap
 - 8) Nervus VIII (Glossopharyngeus) : gangguan pengecap, kemampuan menelan, gerak lidah.
 - 9) Nervus IX (Vagus) : sensasi faring, gerak vital suara.
 - 10) Nervus X (Vagus) : posisi lidah
 - 11) Nervus XI (Accessory) : gerakan kepala dan bahu
- 6) Pengkajian spiritual Aspek spiritual yaitu tentang keyakinan nilai nilai ketuhanan yang dianut, keyakinan akan kematian, kegiatan keagamaan dan harapan klien
- 7) Pengkajian Fungsional
Katz Indeks Katz indeks adalah suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seorang untuk melakukan aktifitas kehidupan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam dkk, 2012).
- 8) Pengkajian status mental Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan Short Portable Status Questioner (SPSQ) dan yang kedua dengan menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE).
Instruksi : ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua

jawaban.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh dari suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar untuk menetapkan tindakantindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya (Shoemaker dalam Setyowati, 2011).

3. Intervensi Keperawatan

Effendy dalam Harmoko (2012), mendefinisikan rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan, dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah didefinisikan. Sedangkan Friedman (2013) menyatakan ada beberapa tingkat tujuan. Tingkat pertama meliputi tujuan-tujuan jangka pendek yang sifatnya dapat diukur, langsung dan spesifik. Sedangkan tingkat kedua adalah tujuan jangka panjang yang merupakan tingkatan terakhir yang menyatakan maksud-maksud luas yang diharapkan oleh perawat maupun keluarga agar dapat tercapai. Dalam menyusun kriteria evaluasi dan standar evaluasi, disesuaikan dengan sumber daya yang mendasar dalam keluarga pada umumnya yaitu biaya, pengetahuan, dan sikap dari keluarga, sehingga dapat diangkat tiga respon yaitu respon verbal, kognitif, afektif atau perilaku, dan respon psikomotor untuk mengatasi masalahnya. Tujuan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah Hipertensi dapat dibedakan menjadi dua yaitu tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang (Effendy dalam Harmoko, 2012). Tujuan jangka pendek pada penderita Hipertensi antara lain : setelah diberikan informasi kepada klien mengenai hipertensi klien mampu mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat dengan respon verbal keluarga mampu menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, penyebab serta perawatan hipertensi. Respon afektif, klien mampu menentukan cara penanganan atau perawatan bagi anggotanya yang menderita hipertensi secara tepat. Sedangkan respon psikomotor, keluarga mampu memberikan perawatan secara tepat dan memodifikasi lingkungan yang sehat dan

nyaman bagi penderita Hipertensi. Standar evaluasi yang digunakan adalah pengertian, tanda dan gejala, penyebab, perawatan, komplikasi dan pengobatan Hipertensi (Effendy dalam Harmoko, 2012). Tujuan jangka panjang yang ingin dicapai dalam perawatan hipertensi adalah masalah dalam keluarga dapat teratasi atau dikurangi setelah dilakukan tindakan keperawatan. Tahap intervensi diawali dengan menyelesaikan perencanaan perawatan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi dapat dilakukan oleh banyak orang seperti klien (individu atau keluarga), perawat dan anggota tim perawatan kesehatan yang lain, keluarga luas dan orang-orang lain dalam jaringan kerja sosial keluarga (Friedman, 2013). Hal yang perlu diperhatikan dalam tindakan keperawatan dengan hipertensi menurut Effendy dalam Harmoko (2012) adalah sumber daya, tingkat pendidikan, adat istiadat yang berlaku, respon dan penerimaan individu serta sarana dan prasarana yang ada dalam rumah tangga. Sumber daya yang memadai diharapkan dapat menunjang proses penyembuhan dan penatalaksanaan penyakit hipertensi menjadi lebih baik.

Sedangkan tingkat pendidikan juga mempengaruhi dalam mengenal masalah hipertensi dan dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat terhadap anggota yang terkena hipertensi. Adat istiadat dan kebudayaan yang berlaku dalam keluarga akan mempengaruhi pengambilan keputusan keluarga tentang pola pengobatan dan penatalaksanaan penderita hipertensi, seperti pada suku pedalaman lebih cenderung menggunakan dukun daripada pelayanan kesehatan. Demikian juga respon dan penerimaan terhadap anggota keluarga yang sakit hipertensi akan mempengaruhi keluarga dalam merawat anggota yang sakit hipertensi.

Sarana dan prasarana baik dalam keluarga atau masyarakat merupakan faktor yang penting dalam perawatan dan pengobatan hipertensi. Sarana dalam keluarga dapat berupa kemampuan keluarga menyediakan makanan yang sesuai dan menjaga diet atau kemampuan keluarga, mengatur pola makan rendah garam, menciptakan suasana yang tenang dan tidak memancing kemarahan. Sarana dari lingkungan adalah,

terjangkaunya sumber-sumber makanan sehat, tempat latihan, juga fasilitas kesehatan (Effendy dalam Harmoko, 2012).

5. Evaluasi Keperawatan

Komponen kelima dari proses keperawatan ini adalah evaluasi. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya tindakan keperawatan yang dilakukan oleh keluarga, perawat, dan yang lainnya. Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan (Friedman, 2013). Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi dapat dilaksanakan dengan dua cara yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif (Suprajitno, 2016) yaitu dengan SOAP, dengan pengertian "S" adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan, "O" adalah keadaan obyektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan penglihatan. "A" adalah merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon keluarga secara subjektif dan objektif, "P" adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan tindakan. Dalam mengevaluasi harus melihat tujuan yang sudah dibuat sebelumnya. Bila tujuan tersebut belum tercapai, maka dibuat rencana tindak lanjut yang masih searah dengan tujuan.