

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang disebut dengan Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yaitu:

a. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologic Needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Adapun macam-macam kebutuhan dasar fisiologis menurut hierarki Maslow adalah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperature tubuh, dan kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Safety and Security Needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

c. Kebutuhan Rasa Cinta. Memiliki dan Dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang. Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.

d. *Kebutuhan Harga Diri (Self-Esteem Needs)*

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. *Kebutuhan Aktualisasi Diri (Needs for Self Actualization)*

Kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tertinggi dalam piramida hierarki Maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengenal dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya. (Mubarak, 2008).

Konsep hierarki Maslow ini menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah menurut kebutuhannya. Jika seseorang merasa kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan ini terganggu maka akan timbul kondisi patologis. Oleh karena itu, dengan konsep kebutuhan dasar Maslow akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk beralih ke kebutuhan yang lebih tinggi, kebutuhan dasar yang ada dibawahnya harus terpenuhi terlebih dahulu. (Stevens P.J.M, dkk dalam Mubarak, 2008)

2. Konsep Dasar Aktivitas

Kebanyakan orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat optimal. Disamping itu, kemampuan bergerak (mobilisasi) juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh. Dalam hal ini, kemampuan aktivitas tubuh tidak lepas dari sistem muskuloskeletal dan persarafan yang adekuat (Haswita dan Sulistyowati R, 2017).

Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia), aktivitas adalah kegiatan atau keaktifan. Jadi, segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik merupakan suatu aktivitas.

Menurut WHO 2008, aktivitas fisik adalah gerakan tubuh yang dihasilkan otot rangka yang memerlukan suatu pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik akan menjadi salah satu faktor independen dalam suatu penyakit kronis yang menyebabkan kematian secara global. Jadi, dapat disimpulkan bahwa aktivitas fisik merupakan kegiatan atau keaktifan dari gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi dengan melibatkan sistem muskuloskeletal otot dan tulang serta sistem persarafan.

3. Sistem Tubuh yang Berperan dalam Aktivitas

Sistem tubuh yang berperan dalam aktivitas adalah sistem muskuloskeletal dan sistem persarafan.

a. Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal terdiri atas tulang (rangka), otot dan sendi. Gabungan dari tiga organ tersebut yang dapat menyebabkan terjadinya aktivitas dan pergerakan

1) Tulang (Rangka)

Tulang merupakan alat gerak pasif pada manusia, hal ini disebabkan tanpa bantuan otot tulang tidak mampu melakukan gerakan. Secara umum fungsi dari tulang (rangka) adalah sebagai berikut:

- a) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh).
- b) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru-paru, hati dan, medulla spinalis.
- c) Sebagai tempat melekatnya otot dan tendon, termasuk juga ligament.

- d) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat dan lemak.
- e) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah) (Mubarak, 2008)

2) Sendi

Sendi adalah hubungan di antara tulang. Setiap sendi diklasifikasikan sesuai dengan struktur dengan tingkat mobilisasinya. Ada empat klasifikasi sendi yaitu sinostatik, kartilaginus, fibrosa dan sinovial (Potter Perry, 2005)

a) Sendi sinostatik

Mengacu pada ikatan tulang dengan tulang. Tidak ada pergerakan pada sendi ini, dan jaringan tulang yang dibentuk di antara tulang mendukung kekuatan dan stabilitas. Contoh klasik tipe sendi ini adalah sacrum, pada sendi vertebra.

b) Sendi kartilaginus atau sendi sinkondrodial.

Memiliki sedikit pergerakan, tetapi elastis dan menggunakan kartilago untuk menyatukan permukaannya. Sendi kartilago dapat ditemukan ketika tulang mengalami penekanan yang konstan, seperti sendi, kostosternal antara sternum dan iga.

c) Sendi fibrosa atau sendi sidosmodial.

Adalah sendi tempat kedua permukaan tulang disatukan dengan ligament atau membran. Serat atau ligamennya fleksibel dan dapat diregangkan, dapat bergerak dengan jumlah terbatas. Misalnya, sepasang tulang pada kaki bawah (tibia dan fibula) adalah sendi cindesmotik.

d) Sendi sinovial

Sendi sinovial atau sendi yang sebenarnya adalah sendi yang dapat digerakkan secara bebas karena permukaan tulang yang berdekatan dilapisi dengan kartilago artikular dan dihubungkan oleh ligament sejajar dengan membran

sinovial. Tipe lain dari sendi sinovial adalah sendi pinggul dan sendi hinga seperti sendi interfalang pada jari.

3) Otot

Gerakan tulang dan sendi merupakan proses aktif yang harus terintegrasi secara hati-hati untuk mencapai koordinasi. Otot skelet, karena kemampuannya untuk berkontraksi dan berelaksasi, merupakan elemen kerja dari pergerakan. Elemen kontraktile otot skelet dicapai oleh struktur anatomis dan ikatannya pada skelet. Kontraksi otot dirangsang oleh impuls elektrokimia yang berjalan dari saraf ke otot melalui sambungan mioneural. Impuls elektrokimia menyebabkan aktin tipis yang mengandung filamen. Menjadi memendek, kemudian otot berkontraksi. Adanya stimulus tersebut membuat otot relaksasi. Ada dua tipe kontraksi otot yaitu:

- a) Isotonik, jenis kontraksi ini terjadi peningkatan tekanan otot yang mengakibatkan otot memendek. Contohnya adalah berjalan, berenang, aerobik, jogging, bersepeda, dan menggerakkan lengan dan kaki dengan tahanan ringan.
- b) Isometrik, kontraksi dimana terjadi peningkatan tekanan otot tetapi tidak ada pemendekan atau gerakan aktif dari otot. Kontraksi ini memerlukan energy yang besar. Contoh jenis kontraksi ini adalah saat mengangkat beban menggunakan otot bisep, branchii, kegiatan makan, menyisir, dan lainnya.

b. Sistem Persarafan

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, yakni:

- 1) Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saraf pusat.
- 2) Sel saraf atau neuron, berfungsi membawa impuls dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya.

- 3) Sistem saraf pusat (SSP), berfungsi memproses impuls dan kemudian memberikan respons melalui saraf eferen.
- 4) Saraf eferen, berfungsi menerima respons dari SSP kemudian meneruskannya ke otot rangka. (Mubarak, 2008)

4. Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas

a. Gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

b. Proses penyakit/cedera

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas karena dapat mempengaruhi sistem tubuh. Sebagai contoh, orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan dalam ekstremitas bagian bawah.

c. Kebudayaan

Kemampuan melakukan aktivitas dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan aktivitas yang kuat dan sebaliknya.

d. Tingkat energi

Energi adalah sumber untuk melakukan aktivitas. Agar seseorang dapat melakukan aktivitas dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup.

e. Usia dan status perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan aktivitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Asuhan Keperawatan pada Klien Intoleransi Aktivitas

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. (Nursalam, 2009). Menurut Wahyudi (2016) pengkajian yang dilakukan untuk gangguan aktivitas khususnya intoleransi aktivitas sebagai berikut:

a. Riwayat keperawatan sekarang

Pengkajian riwayat pasien saat ini meliputi alasan pasien yang menyebabkan terjadi keluhan/gangguan dalam mobilitas dan immobilitas seperti nyeri, kelemahan otot, kelelahan, tingkat mobilitas dan immobilitas, daerah dan lama terjadinya gangguan mobilitas.

b. Riwayat keperawatan penyakit yang pernah diderita

Pengkajian riwayat penyakit yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas khususnya intoleransi aktivitas seperti riwayat penyakit kardiovaskular dan pemapasan.

c. Kemampuan fungsi motorik

Pengkajian fungsi motorik antara lain pada kaki dan tangan kanan dan kiri untuk menilai ada atau tidaknya kelemahan, kelelahan atau *spastic*.

d. Kesejajaran tubuh

Pemeriksaan kesejajaran tubuh bertujuan untuk mengidentifikasi perubahan postur akibat pertumbuhan dan perkembangan normal, hal-hal yang perlu dipelajari untuk mempertahankan postur tubuh yang baik, faktor yang menyebabkan postur tubuh yang buruk (misal, kelelahan, harga diri rendah) serta kelemahan otot atau kerusakan motorik lainnya. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menginspeksi pasien dari sisi lateral, anterior dan posterior yang berguna untuk mengamati klien tentang:

- 1) Bahu dan pinggul sejajar
- 2) Jari-jari kaki mengarah ke depan
- 3) Tulang belakang lurus tidak melengkung ke sisi yang lain

e. Cara berjalan

Pengkajian cara berjalan dilakukan untuk mengidentifikasi kemampuan klien dan risiko cedera akibat jatuh. Hal ini dilakukan dengan meminta klien berjalan sejauh +10 kaki di dalam ruangan, kemudian amati hal-hal berikut:

- 1) Kepala tegak, pandangan lurus, dan tulang belakang lurus
- 2) Tumit menyentuh tanah lebih dulu daripada jari kaki
- 3) Kaki dorsofleksi pada fase ayunan
- 4) Lengan mengayun ke depan bersamaan dengan ayunan kaki di sisi yang berlawanan
- 5) Gaya berjalan halus, terkoordinasi dan berirama, ayunan tubuh dari sisi ke sisi minimal dan tubuh bergerak lurus ke depan dan gerakan dimulai dan diakhiri dengan santai.

Pengkajian ini memungkinkan perawat untuk mengetahui keseimbangan, postur, keamanan dan kemampuan berjalan tanpa bantuan (Ambarwati, 2014).

Tabel 2.1 Kategori tingkat kemampuan

Tingkat Aktivitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain dan peralatan
Tingkat 3	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Sumber : Aziz, 2006

f. Penampilan dan Pergerakan Sendi

Pemeriksaan ini meliputi inspeksi, palpasi serta pengkajian rentang gerak aktif atau rentang gerak pasif. Hal-hal yang dikaji antara lain:

- 1) Adanya kemerahan atau pergerakan sendi
- 2) Adanya deformitas
- 3) Perkembangan otot yang terkait dengan masing-masing sendi
- 4) Adanya nyeri tekan

- 5) Krepitasi
- 6) Peningkatan temperature disekitar sendi
- 7) Derajat gerak sendi

Tabel 2.2 Kemampuan rentang gerak sendi

Gerak sendi	Derajat rentang gerak
Bahu: Adduksi: gerakkan lengan ke lateral dari posisi samping ke atas kepala, telapak tangan menghadap posisi yang paling jauh	180
Siku: Fleksi: angkat lengan bawah ke arah depan dan ke atas menuju bahu	150
Pergelangan tangan: Fleksi: tekuk jari-jari tangan ke arah dalam lengan bawah	80-90
Eksistensi: luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi	80-90
Hipereksi: tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin	70-90
Abduksi: tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke atas.	0-20
Abduksi: tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ke arah kelingking. Telapak tangan menghadap ke atas.	30-50
Tangan dan jari: Fleksi: buat kepalan tangan	90
Ekstensi: luruskan jari	90
Hiperekstensi: tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin	30
Abduksi: kembangkan jari tangan	20
Adduksi: rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	20

Sumber : Aziz, 2006

g. Kemampuan dan keterbatasan Gerak

Menurut Carpenito dalam Wahyudi (2016), terdapat tiga rentang gerak yaitu:

1) Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif, misalnya perawat mengangkat kaki pasien.

2) Rentang gerak aktif

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya

3) Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktivitas yang diperlukan.

Pengkajian ini bertujuan untuk mendapatkan data tentang adanya indikasi rintangan dan keterbatasan pada pergerakan klien dan kebutuhan untuk memperoleh bantuan. Hal-hal yang perlu dikaji adalah:

- a) Bagaimana penyakit klien mempengaruhi kemampuan untuk bergerak
- b) Adanya hambatan dalam bergerak (misal, terpasang selang infuse, gips yang berat dan ketakutan untuk bergerak)
- c) Kewaspadaan mental dan kemampuan klien untuk mengikuti petunjuk
- d) Keseimbangan dan koordinasi klien
- e) Adanya hipotensi ortostatik sebelum berpindah tempat
- f) Derajat kenyamanan klien
- g) Penglihatan

h. Perubahan Intoleransi Aktivitas

Pengkajian intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan perubahan pada sistem pernapasan, antara lain: suara napas, analisa gas darah, gerakan dinding thorak, adanya nyeri pada saat respirasi, mukus, batuk yang produktif di ikuti panas. Pada sistem kardiovaskuler seperti nadi, tekanan darah, gangguan sirkulasi perifer, adanya thrombus, serta perubahan tanda vital setelah melakukan aktivitas atau perubahan posisi.

Pengkajian pada toleransi aktivitas ini juga dapat bermanfaat untuk membantu meningkatkan kemandirian klien yang mengalami gangguan kardiovaskuler dan mspiratorik, tidur tidak mencukupi, nyeri, depresi atau kurang motivasi. Alat ukur yang bisa digunakan adalah frekuensi, kekuatan, dan irama denyut jantung. Frekuensi,

kedalaman, dan irama pernapasan serta tekanan darah yang dapat dijadikan sebagai alat ukur untuk gangguan intoleransi aktivitas.

i. Kekuatan Otot dan Gangguan Koordinasi

Dalam mengkaji kekuatan otot dapat ditentukan kekuatan secara bilateral atau tidak. Derajat kekuatan otot dapat ditentukan dengan:

Tabel 2.3 Derajat kekuatan otot

Skala	Presentase Kekuatan Normal	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi tau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan

Sumber : Aziz, 2006

j. Perubahan Fisiologi

Perubahan yang dapat terjadi pada klien dengan gangguan aktivitas seperti pada intoleransi aktivitas adalah:

1) Sistem Metabolik

Ketika mengkaji fungsi metabolik, perawat menggunakan pengukuran antropometrik untuk mengvaluasi atrofi otot, menggunakan pencatatan asupan dan haluran serta data laboratorium untuk mengevaluasi status cairan, elektrolit, maupun kadar serum protein, penyembuhan luka dan pola evaluasi klien untuk melihat perubahan fungsi gastrointestinal yang bisa menyebabkan intoleransi aktivitas.

2) Sistem Respiratori

Pengkajian sistem respiratori minimal harus dilakukan setiap dua jam pada klien gangguan aktivitas. Perawat melakukan inspeksi pergerakan dinding dada selama siklus pernapasan inspirasi/ekspirasi penuh, jika ada atelaksis, gerakan dadanya asimetris. Kemudian auskultasi paru untuk mengidentifikasi suara napas, *crackles* atau *wheezing* pada klien intoleransi aktivitas.

3) Sistem kardiovaskuler

Pada klien intoleransi aktivitas perlu dilakukan pemantauan tekanan darah, nadi apek maupun nadi perifer, observasi tanda-tanda adanya statis vena (misalnya, oedema dan penyembuhan luka yang buruk). Pada klien yang berumur di atas 40 tahun biasanya bunyi jantung tiga (*gallop*) bisa terdengar pada nadi apel dan merupakan indikasi penyakit gangguan kardiovaskuler yaitu gagal jantung kongestif atau *congestive heart failure*. Kaji adanya oedema pada sacrum, tungkai dan kaki. Mengkaji sistem vena karena thrombosis vena yang dapat membahayakan pada klien gangguan intoleransi aktivitas.

4) Sistem muskuloskeletal

Pada klien yang mengalami intoleransi aktivitas lama akan cenderung takut dan dapat menyebabkan muskuloskeletal pada tubuhnya terganggu. Pengkajian yang pertama kali dilakukan meliputi penurunan tonus otot, kehilangan massa otot dan kontraktur. Pengkajian rentang gerak untuk melihat gerakan sendi.

5) Sistem integumen

Mengkaji kulit klien terhadap tanda-tanda kerusakan integritas kulit. Kulit harus di observasi ketika klien bergerak. Perhatikan kebersihannya, atau pemenuhan eliminasinya. Pengkajian dilakukan minimal setiap dua jam sekali, hal ini perlu dilakukan pada klien intoleransi aktivitas yang mengalami tirah baring dalam waktu lama.

6) Sistem eliminasi

Evaluasi intake dan output cairan selama 24 jam, dehidrasi (meningkatkan resiko kerusakan kulit, pembentukan thrombus, infeksi pernapasan, dan konstipasi).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keparawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok di mana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan

memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, membatasi, mencegah dan mengubah (Carpenito dalam Nursalam 2009).

Menurut NANDA (2013), diagnosis keperawatan yang terkait dengan masalah aktivitas antara lain:

- a. Intoleransi aktivitas
- b. Resiko intoleransi aktivitas
- c. Hambatan mobilitas fisik
- d. Resiko *disuse syndrome*

Menurut Aspiani (2014), salah satu diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah hipertensi adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut Aspiani (2014) dalam buku asuhan keperawatan gerontik, rencana tindakan keperawatan klien lansia dengan gangguan sistem kardiovaskular, dengan masalah intoleransi aktivitas adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Intervensi keperawatan pada masalah intoleransi aktivitas

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan umum	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x 24 jam klien dapat menunjukkan toleransi terhadap aktivitas dengan kriteria: a. Klien dapat menentukan aktivitas yang sesuai dengan peningkatan nadi, tekanan darah, dan frekuensi napas, mempertahankan ritme dalam batas normal b. Mempertahankan warna dan kehangatan kulit dengan aktivitas c. Melaporkan peningkatan aktivitas harian	Managemen Energi Aktivitas: a. Tentukan keterbatasan dan kelelahan pasien terhadap aktivitas b. Observasi tanda-tanda vital sebelum dan sesudah beraktivitas c. Batasi stimulus lingkungan (misalnya pencahayaan, dan kegaduhan) d. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sesuai sumber energi e. Instruksikan pasien atau keluarga untuk mengenal tanda dan gejala kelelahan yang memerlukan pengurangan aktivitas. f. Jelaskan pola peningkatan bertahap dari tingkat aktivitas. Contoh: bangun dari kursi, bila tidak ada nyeri lakukan ambulasi,

			kemudian istirahat selama satu jam setelah makan g. Evaluasi program pening-katan tingkat aktivitas h. Evaluasi tanda vital saat terjadi kemajuan aktivitas Terapi Aktivitas: 1) Bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 2) Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi, dan sosial 3) Monitor respon fisik, emosi, soial, dan spiritual 4) Tentukan komitmen klien untuk peningkatan frekuensi atau rentang untuk aktivitas
--	--	--	---

4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan (Nursalam, 2009).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2009). Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

Menurut Tarwoto & Wartonah (2011) ada beberapa langkah melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan.

- a. Daftar tujuan-tujuan pasien
- b. Lakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu
- c. Bandingkan antara tujuan dengan kemampuan pasien
- d. Diskusikan dengan pasien, apakah tujuan dapat tercapai atau tidak

3. Asuhan Keperawatan Keluarga

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model Family Center Friedman, yaitu:

1. Pengkajian

- a. Data umum
 - 1) Identitas kepala keluarga
 - 2) Nama kepala keluarga
 - 3) Umur (KK)
 - 4) Pekerjaan kepala keluarga
 - 5) Pendidikan kepala keluarga
 - 6) Alamat dan nomor telepon
- b. Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.5 Komposisi Anggota Keluarga

	Umur	Sex	Hubungan dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

- c. Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar.
- d. Tipe keluarga

Menurut (Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, dan yang terpilih pada kasus ini, yaitu:

1) Keluarga tradisional

Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut

2) Suku bangsa

- a) Asal suku bangsa keluarga
- b) Bahasa yang dipakai keluarga
- c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat memengaruhi kesehatan

3) Agama

- a) Agama yang dianut keluarga
- b) Kepercayaan memengaruhi kesehatan

4) Status sosial ekonomi keluarga

- a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
- b) Jenis pengeluaran keluarga tiap tahun
- c) Tabungan khusus kesehatan
- d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (prabot, transportasi)
- e) Aktifitas rekreasi keluarga

e. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Menurut (Maria, 2017)

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tidak hanya dari sisi kesehatan, melainkan dari berbagai sisi. Kesehatan tidak hanya berlaku sendiri, melainkan bisa terkait dengan banyak sisi.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dan setiap anggotanya memiliki peran dan tugasnya masing-masing. Dari setiap tugas itu, sebaiknya dibuat daftar mana saja tugas yang telah diselesaikan. Dengan, akan tampak tugas apa saja yang belum dilaksanakan.

3) Riwayat keluarga inti

Tidak hanya dikaji tentang riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, melainkan lebih luas lagi. Apakah ada

anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang beresiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan apa saja yang pernah di akses, riwayat penyakit yang pernah di derita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami dan istri juga dibutuhkan. Hal ini dikarenakan ada penyakit yang bersifat genetik atau berpotensi menurun kepada anak cucu. Jika hal ini dapat dideteksi lebih awal, dapat dilakukan berbagai pencegahan atau antisipasi.

f. Lingkungan

Menurut (Maria, 2017)

1) Karakteristik rumah

Sebuah rumah bisa memengaruhi kesehatan penghuni. Oleh sebab itu, perawat membutuhkan data karakteristik rumah yang dihuni sebuah keluarga. Selain karakteristik yang dapat dilihat tersebut, lingkungan rumah juga termasuk didalamnya adalah bagaimana karakteristik anggota keluarganya.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

Setelah dari dalam rumah, data yang harus dicari selanjutnya adalah lingkungan disekitar rumah . Perawat perlu mencari tahu lingkungan fisik, kebiasaan, kesepakatan atau aturan penduduk setempat, dan budaya yang memengaruhi kesehatan.

3) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Selain interaksi dari tetangga dan lingkup RT-RW, tentu setiap individu atau keluarga memiliki pergaulannya sendiri. Interaksi ini juga bisa digunakan untuk melacak jejak dari mana penyakit yang didapatkan oleh pasien.

4) Mobilitas geografis keluarga

Salah satu dari perkembangan keluarga adalah mobilitas geografis. Apakah pasien beserta keluarganya sering berpindah tempat tinggal? Paling minimal berpindah dari rumah orang tua menuju rumah sendiri. Seorang perawat sangat membutuhkan data ini.

5) Sistem pendukung keluarga

Setiap keluarga tentu menyediakan berbagai fasilitas berupa perabot bagi anggota keluarganya. Fasilitas inilah yang perlu dikaji sistem pendukung keluarga. Akan tetapi, dalam proses keperawatan kesehatan keluarga, tidak hanya data itu saja yang dibutuhkan, melainkan juga beberapa anggota keluarga yang sehat sehingga bisa membantu yang sakit.

g. Struktur keluarga

Menurut (Maria, 2017)

1) Pola komunikasi keluarga

Perawat diharuskan untuk melakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain. Komunikasi yang berjalan baik mudah diketahui dari anggota keluarga yang menjadi pendengar yang baik, pola komunikasi yang tepat, penyampaian pesan yang jelas, keterlibatan perasaan dalam berinteraksi.

2) Struktur kekuatan keluarga

Keluarga diukur dari peran dominan anggota keluarga. Oleh sebab itu, seorang perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain sebagainya.

3) Struktur peran keluarga

Setiap anggota keluarga memiliki perannya masing-masing. Tidak ada satupun anggota keluarga yang terlepas dari perannya, baik dari orangtua maupun anak-anak. Peran ini berjalan dengan

sendirinya, meski tanpa disepakati terlebih dahulu. Akan tetapi jika peran ini tidak berjalan dengan baik, maka akan ada anggota keluarga yang terganggu. Misalnya anak yang harus belajar atau bermain, jika tak melakukannya, tentu orangtua akan gelisah. Begitu pula jika orangtua atau ayah tidak bekerja, tentu anggota keluarga akan kesulitan memenuhi kebutuhannya.

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Setiadi, 2008).

h. Fungsi keluarga

Menurut (Maria, 2017)

1) Fungsi afektif

- a) Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responnya?
- b) Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga?
- c) Apakah pasangan suami istri mampu menggambarkan kebutuhan persoalan dan anggota yang lain?
- d) bagaimana sensitivitas antaranggota keluarga?
- e) Bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarga?

2) Fungsi sosialisasi

- a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar?
- b) Interaksi dan hubungan dengan keluarga (Achjar, 2010)

3) Fungsi perawatan keluarga

- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
- b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan peninjauan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan).
- c) lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan).

i. Stress dan koping keluarga

1) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan (Maria, 2017)

2) Stressor jangka Panjang

Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria, 2017).

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008).

4) Strategi koping yang digunakan

Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

5) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

j. Pemeriksaan fisik

Menurut(Maria, 2017)

Data selanjutnya yang harus dikumpulkan oleh perawat adalah kondisi kesehatan fisik.

1. Tanda-tanda vital

Mencakup suhu badan, nadi, pernafasan dan tekanan darah.

2. Antropometri

Meliputi tinggi badan, berat badan.

3. Pernafasan

Meliputi pola pernafasan,bentuk dada saat bernafas, dan apakah ada bunyi diluar kebiasaan orang bernafas.

4. Kardiovaskuler

Dalam pemeriksaan kardiovaskuler ini biasanya tidak ditemukan adanya kelainan, denyut nadi cepat dan lemah.

5. Pencernaan

Meliputi gejala mual dan muntah, peristaltik usus, mukosa bibir dan mulut, anoreksia dan buang air besar.

6. Perkemihan

Perawat mencari tahu tentang volume diuresis, mengalami penurunan atau justru peningkatan.

7. Muskuloskeletal

Dari pemeriksaan ini perawat akan mengetahui apakah ada output yang berlebihan sehingga membuat fisik menjadi lemah.

8. Penginderaan

Meliputi pemeriksaan mata, hidung , dan telinga. Apakah masih normal atau sudah mengalami kelainan.

9. Reproduksi

Perawat memeriksa kesehatan reproduksi, apakah reproduksi masih berfungsi dengan baik atau sebaliknya

10. Neurologis

Meliputi tingkat kesadaran pasien.

k. Harapan keluarga

- 1) Harapan keluarga
- 2) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 3) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010)

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data di analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

- a. *Diagnosis sehat/wellness*
- b. *Diagnosis sehat/wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari

komponen *problem* (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

- c. Diagnosis ancaman (risiko)
- d. Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptive yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).
- e. Diagnosis nyata/gangguan
- f. Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga didukung dengan adanya beberapa data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S). Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga, yaitu :
 - 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi :
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
 - b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Persepsi keluarga terhadap masalah
 - 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi :
 - a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
 - b) Masalah dirasakan keluarga
 - c) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
 - d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - e) Informasi yang salah
 - 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
 - a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
 - 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, meliputi:
 - a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya hygiene sanitasi

- c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
- Keberadaan fasilitas kesehatan
 - Keuntungan yang di dapat
 - Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel.

Tabel 2.6 Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah		
	a. Tidak/kurang sehat	3	1
	b. Ancaman kesehatan	2	
	c. Keadaan sejahtera	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		2
	a. Mudah	2	
	b. Sebagian	1	
	c. Tidak dapat	0	
3.	Potensi masalah untuk dicegah		1
	a. Tinggi	3	
	b. Cukup	2	
	c. Rendah	1	
4.	Menonjolnya masalah		1
	Masalah yang benar-benar harus ditangani	1	
	A. Ada masalah tetapi tidak segera ditangani	2	
	B. Masalah tidak dirasakan	1	
		0	

Sumber : Maria, 2017 Skoring

- Tentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu. Biasanya angka tertinggi adalah 5.
- Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas. Tentukan skor pada setiap kriteria.
- Skor dibagi dengan angka tertinggi.
- Kemudian dikalikan dengan bobot skor.
- Jumlah skor dari semua kriteria. Diagnosa yang mungkin muncul:

- (a) Intoleransi aktivitas pada Tn. P berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

3. Intervensi Keperawatan Keluarga

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek menggunakan *SMART* (S=spesifik, M=*measurable*/dapat diukur, A=*achievable*/dapat dicapai, R=*reality*, T=*time limited*/punya limit waktu) (Achjar, 2010).

4. Rencana Keperawatan

Tabel 2.7 Rencana Keperawatan Subyek Asuhan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Evaluasi		Tindakan Keperawatan	Rasional
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar		
1.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Setelah dilakukan pertemuan 4x pada keluarga Tn. P diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi	Setelah dilakukan pertemuan, diharapkan keluarga mampu merawat pasien yang mengalami intoleransi aktivitas 1. Keluarga mampu merawat pasien hipertensi dengan intoleransi aktivitas	Respon verbal	Keluarga dapat menyebutkan cara merawat pasien intoleransi aktivitas 1. Keluarga dapat mengidentifikasi aktivitas yang masih dapat pasien lakukan 2. Keluarga dapat	Menyebutkan cara merawat pasien intoleransi aktivitas: 1. Diskusikan dengan keluarga mengenai perawatan intoleransi aktivitas dimulai dengan	1. Agar keluarga tahu cara perawatan pasien intoleransi aktivitas

					<p>mendorong aktivitas kreatif pasien</p> <p>3. Keluarga dapat membantu kegiatan pasien</p> <p>4. Keluarga mengetahui manfaat jus timun</p>	<p>menidentifikasi aktivitas yang masih dapat pasien lakukan, mendorong aktivitas kreatif pasien serta membantu kegiatan pasien</p> <p>2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</p> <p>3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</p> <p>4. Beri pujian atas jawaban yang benar</p>	<p>2. Agar keluarga dapat mengetahui hal yang belum ia mengerti</p> <p>3. Memastikan keluarga memahami apa yang telah dijelaskan</p> <p>4. Agar keluarga semangat dalam berpartisipasi</p> <p>Agar keluarga tahu aktivitas apa yang</p>
			a. Keluarga dapat mengidentifikasi	Respon psiko-	Keluarga mampu mengidentifikasi dan	Bantu untuk mengidentifikasi	

			aktivitas yang masih mampu pasien lakukan.	Motorik	mengetahui kemampuan aktivitas yang masih dapat dilakukan oleh pasien.	aktivitas yang masih mampu dilakukan pasien, seperti ker uang tengah untuk menonton tv dengan berpegangan pada benda – benda disekitar rumah.	masih bisa dilakukan pasien.
			b. Keluarga dapat mendorong aktivitas pasien.	Respon psiko-motorik	Keluarga mampu mendorong aktivitas pasien.	Ajarkan untuk mendorong aktivitas pasien, yaitu lakukan kegiatan latihan melewati 3 anak tangga pintu rumah serta berjalan ke luar rumah dengan menggunakan tongkat secara	Agar keluarga dapat mendorong aktivitas dengan selalu menemani dan membantu dalam kegiatan melewati 3 anak tangga dan latihan berjalan dnegan tongkat.

			c. Keluarga dapat membantu kegiatan yang tidak dapat pasien lakukan.	Respon psiko-motorik	Keluarga mendemonstrasikan kegiatan dalam membantu aktivitas pasien.	bertahap. Mengajarkan untuk fasilitasi pasien dalam membawakan makan, membantu pasien ke kamar mandi serta dalam beribadah seperti : persiapkan alat sholat, ambilkan air wudhu, dan berikan kursi untuk pasien karena pasien hanya bisa sholat dalam posisi duduk saat ini.	Agar keluarga dapat selalu membantu kegiatan yang tidak dapat dilakukan pasien.
			d. Keluarga dapat tahu manfaat jus timun untuk pasien	Respon verbal dan	Keluarga mampu menjelaskan manfaat dan membuat	Menjelaskan manfaat jus timun : Jus timun dapat	Agar keluarga mengerti pentingnya jus

			<p>darah tinggi dan keluarga dapat selalu memberikan jus timun secara rutin pada pasien.</p> <p>Setelah dilakukan pertemuan diharapkan keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>2. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>a. Melakukan</p>	psiko- motorik	jus timun untuk pasien	<p>menurunkan tekanan darah tinggi karena kandungan potasium dalam mentimun efektif dalam mengendalikan hipertensi (Brainly.co.id).</p>	timun untuk pasien.
--	--	--	--	-------------------	------------------------	---	---------------------

			modifikasi dan menciptakan lingkungan rumah yang mendukung bagi pasien hipertensi dengan intoleransi aktivitas	Respon psiko-motorik	Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan untuk mendukung pasien dengan intoleransi aktivitas	1. Diskusikan dengan keluarga mengenai lingkungan keluarga atau rumah yang mendukung bagi pasien dengan intoleransi aktivitas yaitu kamar mandi jangan licin, jamban posisi jongkok sementara dikasih kursi berlubang agar pasien dapat bab sambil duduk serta barang – barang tidak berserakan dan rapih agar memudahkan untuk lewat dan juga	1. Agar keluarga mengetahui hal – hal atau lingkungan yang dapat mendukung pasien dengan intoleransi aktivitas
--	--	--	--	----------------------	--	--	--

			Setelah dilakukan pertemuan diharapkan keluarga			<p>memfasilitasi lingkungan rumah dengan adanya tongkat atau alat bantu berjalan..</p> <p>2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</p> <p>3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</p> <p>4. Beri pujian atas jawaban yang benar</p>	<p>2. Agar keluarga dapat bertanya hal yang belum dimengerti</p> <p>3. Memastikan kembali bahwa keluarga mendengarkan apa yang sudah di diskusikan</p> <p>4. Agar keluarga semangat dalam berpartisipasi</p>
--	--	--	---	--	--	---	--

			<p>mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan lebih maksimal</p> <p>3. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengetahui pengobatan pada pasien hipertensi dengan intoleransi aktivitas</p> <p>a. Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dan manfaatnya</p>	Respon verbal	<p>Keluarga mengetahui tentang macam – macam fasilitas kesehatan serta manfaatnya seperti puskesmas, klinik ataupun rumah sakit</p>	<p>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan untuk pengobatan dan perawatan pada pasien hipertensi dengan intoleransi</p>	<p>1. Mengetahui sejauh mana pengetahuan keluarga terhadap fasilitas kesehatan</p>
--	--	--	--	---------------	---	---	--

					<p>aktivitas</p> <p>2. Beri penjelasan kepada keluarga kepada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan di fasilitas kesehatan yang dapat dimanfaatkan</p> <p>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</p> <p>4. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</p> <p>5. Beri pujian atas jawaban yang benar</p>	<p>2. Agar keluarga tahu mengenai pentingnya fasilitas kesehatan dan manfaatnya</p> <p>3. Agar keluarga dapat menanyakan hal yang belum dimengerti</p> <p>4. Memastikan keluarga paham dan mendengarkan apa yang telah dijelaskan</p> <p>5. Agar keluarga semangat dalam</p>
--	--	--	--	--	---	--

			<p>b. Keluarga menunjukkan kartu jamkes sebagai bukti pernah menggunakan fasilitas kesehatan</p>	<p>Respon verbal</p>	<p>Keluarga menunjukkan kartu jamkes sebagai bukti pernah menggunakan pelayanan kesehatan</p>	<p>Motivasi keluarga untuk dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan seperti puskesmas atau faskes yang lainnya..</p>	<p>berpartisipasi Agar keluarga termotivasi dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan.</p>
--	--	--	--	----------------------	---	--	---

D. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan darah sistoliknya di atas 140mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Pada lansia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik >90 mmHg (Brunner & Sudarth, 2013)

Menurut Kushariyadi (2008), hipertensi merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas).

2. Etiologi Hipertensi

Pada umumnya hipertensi tidak memiliki penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan cardiac output atau peningkatan tekanan perifer. Namun terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi, yaitu: Genetik: respons neurologi.

- a. Terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.
- b. Obesitas: terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat
- c. Stress karena lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada lansia serta pelebaran pembuluh darah.

Menurut Aspiani (2014) dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik, penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah sebagai berikut:

- a. Elastisitas dinding aorta menurun
- b. Katup jantung menebal dan menjadi kaku

- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun setelah berumur 20 tahun yang menyebabkan penurunan kontraksi dan volume jantung
- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah, hal ini terjadi karena kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- e. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

3. Klasifikasi Hipertensi

Menurut Aspiani (2014) dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi Nic & Noc, hipertensi dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Hipertensi Primer

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh sebab itu, penelitian dan pengobatan lebih ditujukan bagi penderita esensial. Hipertensi primer diperkirakan disebabkan oleh faktor berikut ini:

1) Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2) Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah, maka tekanan darah meningkat). jenis kelamin pria lebih tinggi dibandingkan perempuan), dan ras (ras kulit hitam lebih banyak daripada ras kulit putih).

3) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30 g),

kegemukan atau makan berlebihan, stres, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin, prednison, epinefrin).

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder terjadi akibat penyebab yang jelas. Salah satu contoh hipertensi sekunder adalah hipertensi vaskular renal, yang terjadi akibat stenosis arteri renalis. Kelainan ini dapat bersifat kongenital atau akibat arterosklerosis. Stenosis arteri renalis menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi pengaktifan baroreseptor ginjal, perangsangan pelepasan renin dan pembentukan angiotensin II. Angiotensin II secara langsung meningkatkan tekanan darah, dan secara tidak langsung meningkatkan sintesis andosteron dan reabsorpsi natrium. Apabila dapat dilakukan perbaikan pada stenosis, atau apabila ginjal yang terkena diangkat, tekanan darah akan kembali ke normal.

Penyebab lain dari hipertensi sekunder, antara lain feokromositoma, yaitu tumor penghasil epinefrindi kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan denyut jantung dan volume sekuncup, dan penyakit Cushing, yang menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan CTR karena hipersensitivitas sistem saraf simpatis aldosteronisme primer (peningkatan aldosteron tanpa diketahui penyebabnya) dan hipertensi yang berkaitan dengan kontrasepsi oral juga dianggap sebagai kontrasepsi sekunder.

Menurut Aspiani (2014) dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik, penyebab hipertensi sekunder dapat diketahui, seperti:

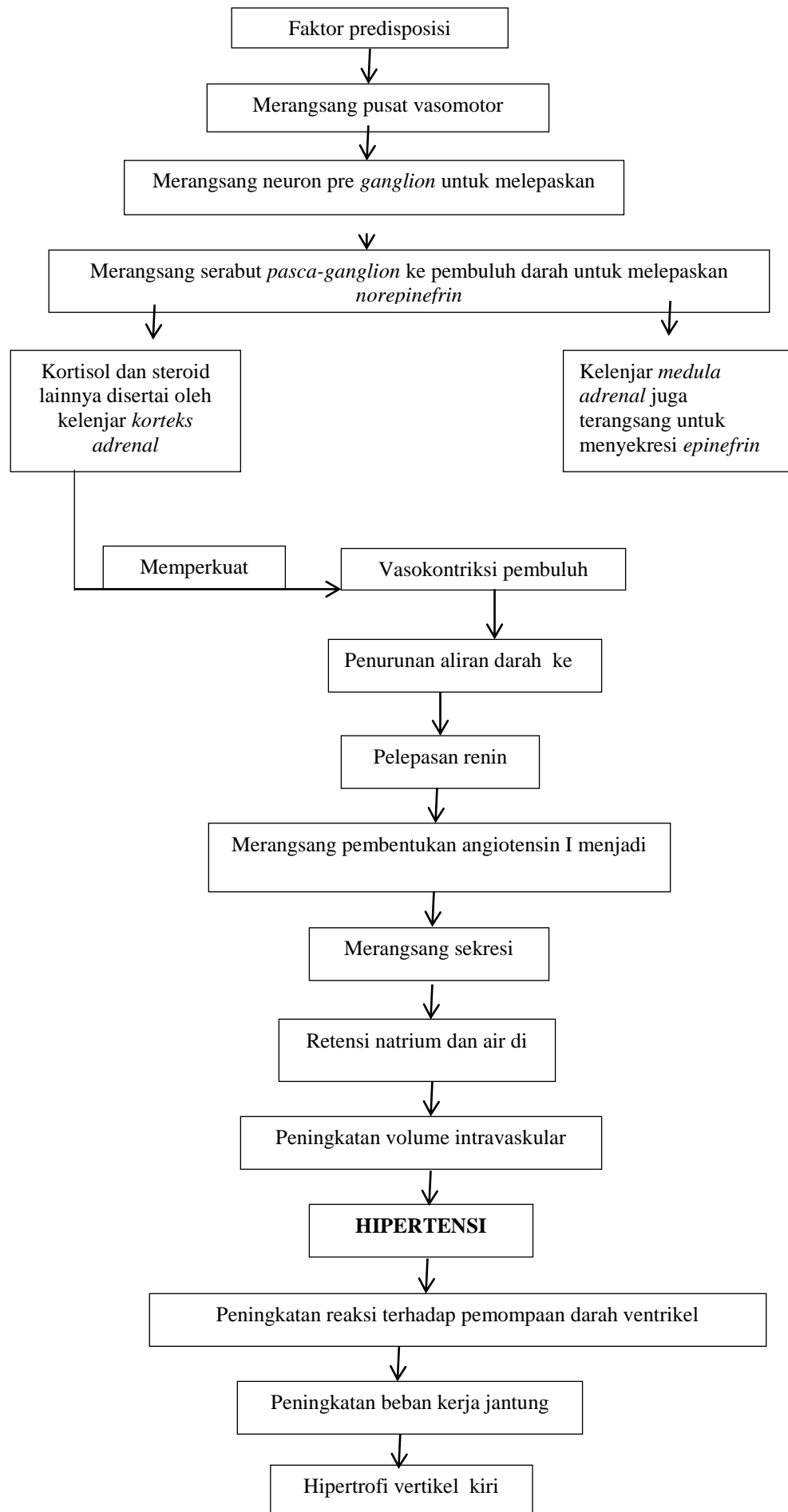
- 1) Penyakit Ginjal: Gromerulonefritis, Piyelonefritis, Nekrosis tubular akut, dan tumor
- 2) Penyakit Vaskular: Aterosklerosis, Hiperplasia, Trombosis, Aneurisma, Emboli kolestrol dan Vaskulitis Kelainan Endokrin
- 3) Diabetes Melitus, Hipertiroidisme, Hipotiroidisme
- 4) Penyakit Saraf: Stroke, Ensephalitis, Syndrom Gulian Barre
- 5) Obat-obatan: Kontrasepsi oral, Kortikosteroid

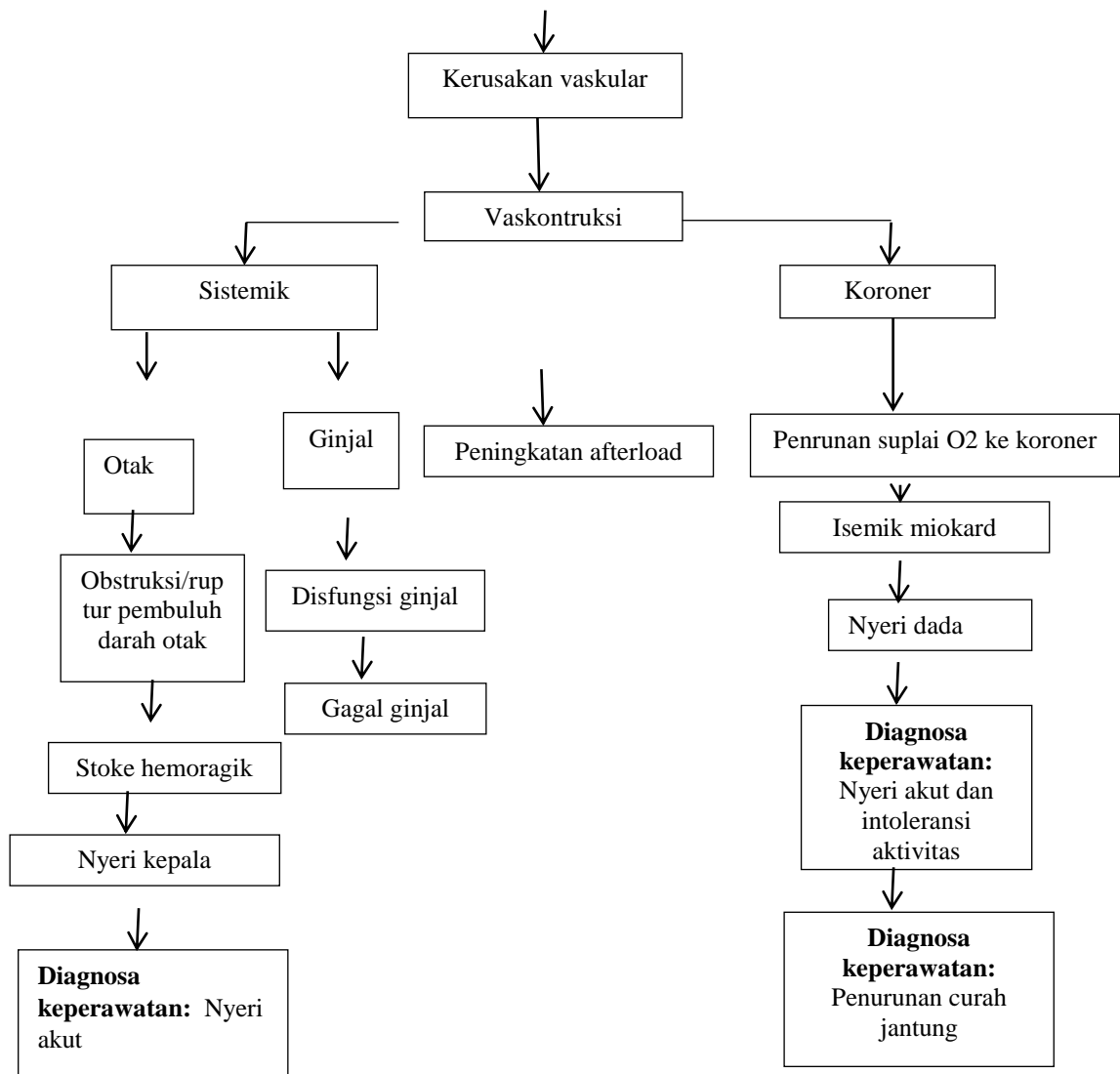
4. Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras *saraf sympatis*, yang berlanjut ke bawah ke *korda spinalis* dan keluar dari *kolumna medula spinalis* ke ganglia sympati di thoraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem *saraf sympatis* ke *ganglia simpatis*.

Pada titik ini, *neuron pre ganglion* melepaskan *asetikolin*, 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 respon pembuluh darah terhadap rangsang *vasokonstriktor*. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap *norepinefrin*, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas *vasokonstriksi*. Medula adrenal mensekresi *epinefrin*, yang menyebabkan *vasokonstriksi*. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon *vasokonstriktor* pembuluh darah. *Vasokonstriksi* yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan *renin*. *Renin* merangsang sekresi *aldosteron* oleh *korteks adrenal*. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume *intravaskuler*. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan Hipertensi (Brunner & Suddarth, 2014). Berikut adalah pathway hipertensi menurut Aspiani (2014).





Gambar 2.1 Pathway Hipertensi

Sumber: Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular

(Aspiani, 2014)

5. Kriteria Hipertensi

The Joint Nation Comitten on Detection, Evolution and Treatmen of High Blood Pressure, suatu badan penelitian hipertensi di USA menentukan batas tekanan darah itu pada tahun 1993 dikenal dengan sebutan JNC-V. Berikut klasifikasi tekanan darah orang dewasa berumur 18 tahun (dikutip dalam Aspiani 2014).

Tabel 2.8 Kriteria penyakit hipertensi menurut JNC-V USA

No	Kriteria	Tekanan Darah	
		Sistolik	Diastolik
1	Normal	<130	<85
2	Perbatasan (High Normal)	130-139	85-89
3	Hipertensi		
	Derajat 1: ringan (mild)	140-159	90-99
	Derajat 2: sedang (moderate)	160-179	100-109
	Derajat 3: berat (severel)	180-209	110-119
	Derajat 4: sangat berat (very severe)	_>210	_>120

Sumber: Dalaimartha & Wijaya, 2014

Catatan:

Jika penderita mempunyai tekanan sistolik dan diastolik yang tidak termasuk dalam satu kriteria maka ia termasuk dalam kriteria yang lebih tinggi. Contohnya seseorang mempunyai tekanan darah 180/120 mmHg (dibaca sistolik 180 mmHg, diastolik 120 mmHg). Berdasarkan ketentuan ini maka orang tersebut tergolong penderita hipertensi derajat 4 atau sangat berat. Apabila penderita memiliki kerusakan atau risiko hipertensi, maka risiko tersebut harus disebutkan. Contohnya hipertensi derajat 4 dengan DM.

6. Manifestasi Klinis Hipertensi

Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang hipertensi timbul tanpa adanya gejala. Menurut Aspiani (2014) terdapat gejala-gejala yang sering dikeluhkan oleh penderita hipertensi, yaitu:

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan berputar-putar serasa ingin jatuh
- d. Jantung berdebar atau detak jantung terasa cepat
- e. Telinga berdenging

Corwin (2014) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi selama bertahun-tahun, berupa:

- 1) Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai oleh mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial.
- 2) Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.
- 3) Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- 4) Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- 5) Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

Gejala yang umumnya dirasakan oleh penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal, dan lain-lain (Novianti, 2014)

7. Pemeriksaan Penunjang Hipertensi

a. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Albuminuria pada hipertensi karena kelalaian *Parenkim* Ginjal.
- 2) Kreatinin seruan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut.
- 3) Darah perifer lengkap.
- 4) Kimia darah (kalium, natrium, kreatinin, gula darah puasa).

b. Perekaman EKG

- 1) Hipertrofi ventrikel kiri.
- 2) *Ischemi/Infark miocard*.
- 3) Peninggian gelombang P.
- 4) Gangguan konduksi.

c. Foto Rontgen

- 1) Bentuk dan besar jantung *Noothing* dari iga pada kwartasio dari aorta.
- 2) Pembendungan, lebarnya paru.
- 3) Hipertropi parenkim ginjal.

4) Hipertropi vascular ginjal.

8. Penatalaksanaan Hipertensi

a. Penatalaksanaan Non Farmakologi

Berdasarkan Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik (Aspiani, 2014) Penatalaksanaan hipertensi secara non farmakologi adalah sebagai berikut:

1) Pengaturan Diet

Beberapa diet yang dianjurkan bagi penderita hipertensi :

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulus *system renin-angiotensin* sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah intake sodium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- b) Diet tinggi potasium. Pemberian potasium pada klien dengan hipertensi dapat menurunkan tekanan darah mekanismenya belum jelas. Pemberian potasium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh nitric oxide pada dinding vascular.
- c) Diet kaya buah dan sayur.
- d) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya penyakit namun jantung koroner.

2) Penurunan Berat Badan

Penurunan berat badan dapat mempengaruhi penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi, karena terjadi penurunan beban kerja jantung serta penurunan volume sekuncup.

3) Olahraga

Olahraga secara teratur seperti berjalan, berlari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.

Olahraga selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arterosklerosis akibat hipertensi.

4) Memperbaiki Gaya Hidup

Merubah gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, minuman beralkohol, mengkonsumsi makanan cepat saji penting untuk dilakukan agar mengurangi efek jangka panjang hipertensi. Asap rokok diketahui dapat menurunkan kecepatan aliran darah ke berbagai organ tubuh dan dapat membebani kerja jantung.

b. Penatalaksanaan Medis

Menurut Brunner & Suddarth (2014) penatalaksanaan medis bagi klien hipertensi adalah sebagai berikut:

- 1) Terapi Oksigen.
- 2) Pemantauan Haemodinamik.
- 3) Pemantauan Jantung.
- 4) Terapi Obat-obatan, seperti:
 - a) Diuretik: Chlorthalidon, Hydromox, Lasix, Aldactone, Dyrenium Diuretic yang bekerja melalui berbagai mekanisme untuk mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya.
 - b) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk saluran kalsium otot jantung: Sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran otot polos vascular. Dengan demikian, berbagai penyakit kalsium memiliki kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR.
 - c) Penghambat enzim mengubah angiotensin 2 atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin 2 dengan

menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin 1 menjadi angiotensin 2. Kondisi ini menurunkan darah secara langsung dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosteron, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urin kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung.

- d) Antagonis (penyekat) reseptor beta (*B-blocker*), terutama penyekat selektif, bekerja pada reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut jantung dan curah jantung.
- e) Antagonis reseptor alfa (*a-blocker*) menghambat reseptor alfa (α) yang terdapat pada otot polos vascular yang secara normal berespon terhadap rangsangan saraf simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR.
- f) Vasodilator arterior langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR. Misalnya: *Natrium*, *Nitroprusida*, *Nikardipin*, *Hidralazin*, *Nitrogliserin*, dll.