

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini dijelaskan tentang teori yang melandasi studi kasus ini yang meliputi konsep dasar penyakit hipertensi, konsep ketidakpatuhan, konsep lansia, dan konsep manajemen asuhan keperawatan gerontik pada pasien hipertensi.

2.1 Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

2.1.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal (Wijaya & Putri, 2013).

Pendapat Muttaqin (2014) menyatakan bahwa hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastole lebih dari 80 mmHg (Muttaqin, 2014). Hipertensi juga dapat didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg (S. Smeltzer & Bare, 2017)

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah suatu kondisi fisik dimana tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg secara terus menerus dalam beberapa kali pengukuran.

2.1.2 Etiologi Hipertensi

Klasifikasi berdasarkan etiologi:

1. Hipertensi Primer

Hipertensi esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya, disebut juga hipertensi idiopatik. Terdapat sekitar 95% kasus. Banyak faktor yang mempengaruhinya seperti genetik, lingkungan, hiperaktifitas sistem saraf simpatis, sistem renin angiotensin, defek dalam ekskresi Na, peningkatan Na dan Ca intraseluler dan faktor-faktor yang meningkatkan risiko seperti obesitas, alkohol, merokok, serta polisitemia. Hipertensi primer biasanya timbul pada umur 30 – 50 tahun (Wijaya & Putri, 2013).

2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder atau hipertensi renal terdapat sekitar 5 % kasus. Penyebab spesifik diketahui, seperti penggunaan estrogen, penyakit ginjal, hipertensi vaskular renal, hiperaldosteronisme primer, dan sindrom *cushing*, feokromositoma, koarktasio aorta, hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan, dan lain – lain (Wijaya & Putri, 2013).

Faktor resiko tekanan darah tinggi menurut (Lingga, 2012) adalah:

1. Faktor yang tidak dapat dikontrol

a. Keturunan

Sekitar 70-80% penderita hipertensi esensial ditemukan riwayat hipertensi di dalam keluarga. Apabila riwayat hipertensi didapatkan dari kedua orang tua maka dugaan hipertensi esensial lebih besar. Hipertensi

juga banyak dijumpai pada penderita yang kembar monozigot apabila salah satunya mengalami hipertensi.

b. Jenis kelamin

Hipertensi lebih mudah menyerang kaum laki-laki daripada perempuan. Hal ini kemungkinan memiliki faktor pendorong terjadinya hipertensi seperti stress, kelelahan, dan makan tidak terkontrol. Adapun hipertensi pada perempuan peningkatan resiko terjadi setelah masa menopause (sekitar usia 45 tahun).

c. Umur

Pada umumnya, hipertensi menyerang pria di atas usia 31 tahun, sedangkan wanita terjadi setelah usia 45 tahun.

2. Faktor yang dapat dikontrol

a. Kegemukan

Kegemukan merupakan ciri khas dari populasi hipertensi. Daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dibandingkan penderita hipertensi dengan berat badan normal.

b. Konsumsi garam berlebih

Garam mempunyai sifat menahan air. Konsumsi garam yang berlebihan dengan sendirinya akan menaikkan tekanan darah.

c. Kurang olah raga

Olahraga isotonik seperti bersepeda, jogging, dan aerobik yang teratur dapat memperlancar peredaran darah sehingga dapat menurunkan

tekanan darah. Orang yang kurang aktif berolahraga pada umumnya cenderung mengalami kegemukan. Olahraga dapat mengurangi atau mencegah obesitas serta mengurangi asupan garam ke dalam tubuh. Garam akan keluar dari dalam tubuh bersama keringat.

d. Merokok dan minum alkohol

Hipertensi juga dirangsang adanya nikotin dalam batang rokok yang dihisap seseorang. Nikotin meningkatkan penggumpalan darah dalam pembuluh darah. Nikotin juga dapat menyebabkan pengapuran pada dinding pembuluh darah. Alkohol merangsang hipertensi karena peningkatan sintesis katekolamin yang dalam jumlah besar dapat memicu kenaikan tekanan darah.

e. Stress

Stres adalah respon tubuh yang sifatnya nonspesifik terhadap setiap tuntutan atasnya. Misalnya bagaimana respon tubuh seseorang yang bersangkutan mengalami beban pekerjaan yang berlebihan. Bila ia sanggup mengatasinya artinya tidak ada gangguan pada fungsi organ tubuh, maka dikatakan yang bersangkutan tidak mengalami stres. Tetapi sebaliknya bila ternyata ia mengalami gangguan pada satu atau lebih organ tubuh sehingga yang bersangkutan tidak lagi dapat menjalankan fungsi pekerjaannya dengan baik, maka ia disebut mengalami distress.

Pada saat stress, tubuh mengalami ketidakseimbangan hormonal. Semua hormon yang dikendalikan oleh otak mengalami gangguan keseimbangan, salah satunya adalah meningkatnya kadar hormon

adrenaline dan respon adrenokortikal. Stres akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan menstimulasi aktivitas syaraf simpatik yang menyebabkan peningkatan tekanan darah (Setyawan, 2017).

2.1.3 Manifestasi Klinik

Pada pemeriksaan fisik, mungkin tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala yang muncul yaitu:

1. Kerusakan Vaskuler
2. Penyakit arteri koroner dengan angina
3. Hipertrofi ventikel kiri
4. Gagal jantung kiri
5. Perubahan patologis pada ginjal (S. C. Smeltzer, 2016)

2.1.4 Patofisiologi Hipertensi

Pengaturan tekanan arteri meliputi kontrol system saraf yang kompleks dan hormonal yang saling berhubungan satu sama lain dalam mempengaruhi curah jantung dan tahanan vascular perifer. Hal lain yang ikut dalam pengaturan tekanan darah adalah reflex baroreseptor dengan mekanisme di bawah ini. Curah jantung ditentukan oleh diameter arteriol. Bila diameternya menurun (vasokonstriksi),

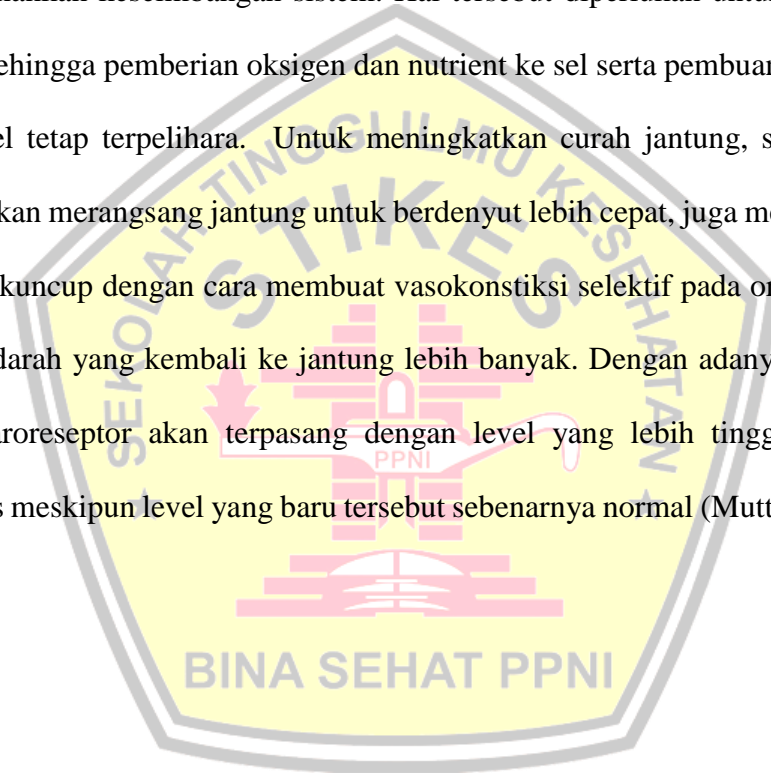
tahanan perifer meningkat. Bila diameternya meningkat (vasodilatasi), tahanan perifer akan menurun (Muttaqin, 2014).

Pengaturan primer tekanan arteri dipengaruhi oleh baroreseptor pada sinus karotikus dan arkus aorta yang akan menyampaikan impuls ke pusat saraf simpatis di medulla oblongata. Impuls tersebut akan menghambat stimulasi sistem saraf simpatis. Bila tekanan arteri meningkat maka ujung-ujung baroreseptor akan teregang dan memberikan respons terhadap penghambat pusat simpatis, dengan respons terjadinya pusat akselerasi gerak jantung dihambat. Sebaliknya, hal ini akan menstimulasi pusat penghambat penggerak jantung yang bermanifestasi pada penurunan curah jantung. Hal lain dari pengaruh stimulasi baroreseptor adalah dihambatnya pusat vasomotor sehingga terjadi vasodilatasi. Gabungan vasodilatasi dan penurunan curah jantung akan menyebabkan terjadinya penurunan tekanan darah. Sebaliknya, pada saat tekanan darah turun maka respons reaksi cepat untuk melakukan proses homeostasis tekanan darah supaya berada dalam kisaran normal (Muttaqin, 2014).

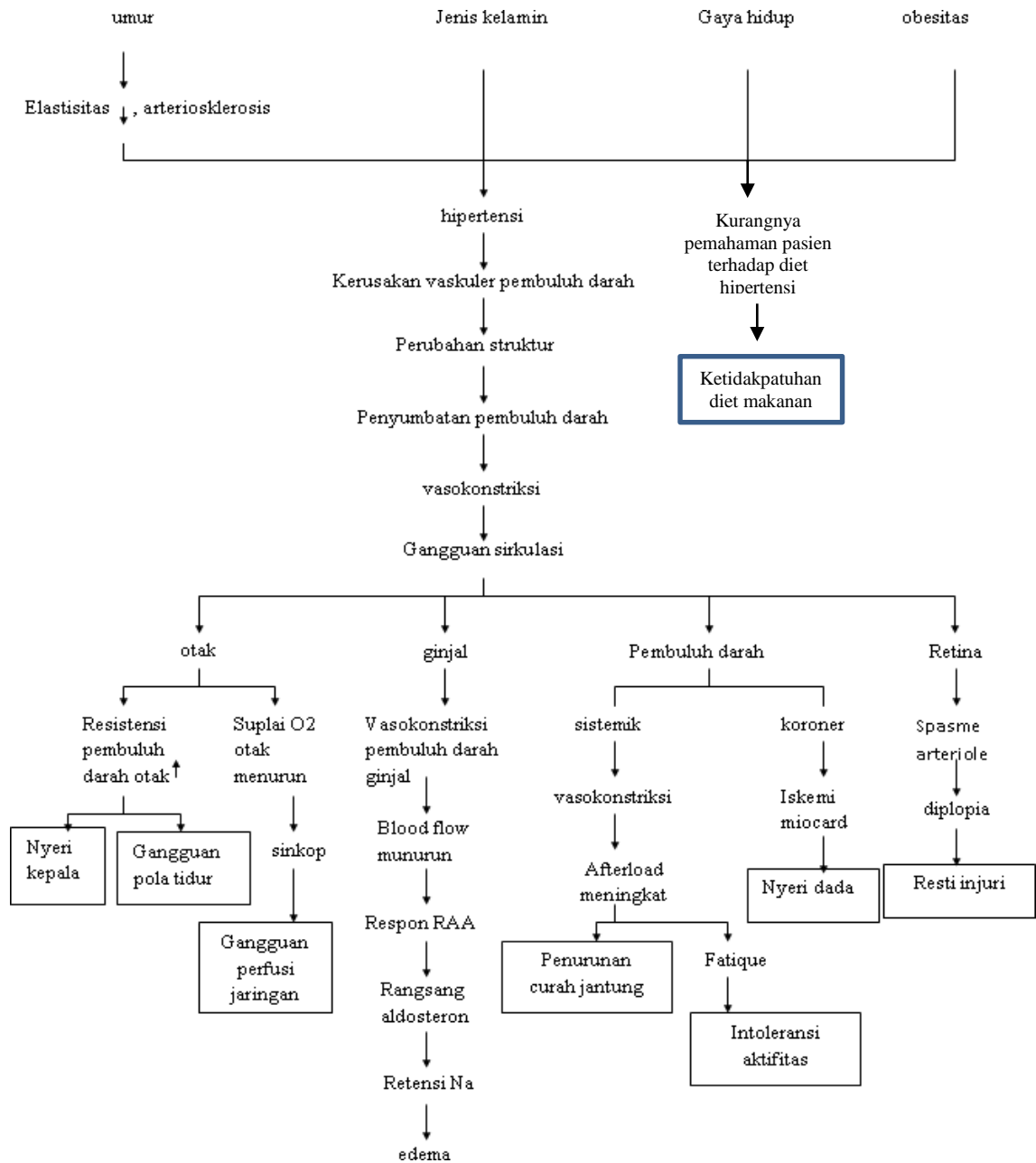
Mekanisme lain mempunyai reaksi jangka panjang dari adanya peningkatan tekanan darah oleh faktor ginjal. Renin yang dilepaskan oleh ginjal ketika aliran darah ke ginjal menurun akan mengakibatkan terbentuknya angiotensin I, yang akan berubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II meningkatkan tekanan darah dengan mengakibatkan kontraksi langsung arteriol sehingga terjadi peningkatan resistensi perifer (TPR) yang secara tidak langsung juga merangsang pelepasan aldosteron, sehingga terjadi resistensi natrium dan air dalam ginjal serta menstimulasi perasaan haus. Pengaruh ginjal lainnya adalah pelepasan eritopoetin

yang menyebabkan peningkatan produksi sel darah merah. Manifestasi dari ginjal secara keseluruhan akan menyebabkan peningkatan volume darah dan peningkatan tekanan darah secara simultan (Muttaqin, 2014).

Bila terdapat gangguan menetap yang menyebabkan konstiksi arteriol, tahanan perifer total meningkat dan tekanan arteri rata-rata juga meningkat. Dalam menghadapi gangguan menetap, curah jantung harus ditingkatkan untuk mempertahankan keseimbangan sistem. Hal tersebut diperlukan untuk mengatasi tahanan, sehingga pemberian oksigen dan nutrient ke sel serta pembuangan produk sampah sel tetap terpelihara. Untuk meningkatkan curah jantung, system saraf simpatis akan merangsang jantung untuk berdenyut lebih cepat, juga meningkatkan volume sekuncup dengan cara membuat vasokonstiksi selektif pada organ perifer, sehingga darah yang kembali ke jantung lebih banyak. Dengan adanya hipertensi kronis, baroreseptor akan terpasang dengan level yang lebih tinggi dan akan merespons meskipun level yang baru tersebut sebenarnya normal (Muttaqin, 2014).



2.1.5 Pathway Hipertensi



Gambar 2.1 Pathway Hipertensi

(Nurarif & Kusuma, 2016)

2.1.6 Diagnosis Hipertensi

Berdasarkan pemeriksaan fisik, nilai tekanan darah pasien diambil rerata dua kali pengukuran pada setiap kali kunjungan ke dokter. Diagnosis hipertensi ditegakkan bila:

1. Apabila tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg pada dua atau lebih kunjungan maka hipertensi dapat ditegakkan. Pemeriksaan tekanan darah harus dilakukan dengan alat yang baik, ukuran dan posisi manset yang tepat (setingkat dengan jantung) serta teknik yang benar.
2. Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk memeriksa komplikasi yang telah atau sedang terjadi seperti pemeriksaan laboratorium seperti darah lengkap, kadar ureum, kreatinin, gula darah, elektrolit, kalsium, asam urat dan urinalisis.
3. Pemeriksaan lain berupa pemeriksaan fungsi jantung berupa elektrokardiografi, funduskopi, USG ginjal, foto thoraks dan ekokardiografi.
4. Pada kasus dengan kecurigaan hipertensi sekunder dapat dilakukan pemeriksaan sesuai indikasi dan diagnosis banding yang dibuat. Pada hiper atau hipotiroidisme dapat dilakukan fungsi tiroid (TSH, FT4, FT3), hiperparatiroidisme (kadar PTH, Ca^{2+}), hiperaldosteronisme primer berupa kadar aldosteron plasma, renin plasma, CT scan abdomen, peningkatan kadar serum Na, penurunan K, peningkatan ekskresi K dalam urin ditemukan alkalosis metabolik. Pada feokromositoma, dilakukan kadar metanefrin, CT scan/MRI abdomen. Pada sindrom cushing, dilakukan kadar kortisol urin 24 jam. Pada hipertensi renovaskular, dapat dilakukan CT angiografi arteri renalis, USG ginjal, Doppler Sonografi

(Tjokroprawiro et al., 2015).

2.1.7 Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2. 1 Klasifikasi Tekanan Darah menurut JNC 7(*Seventh Report of The Joint National Committee*)

Klasifikasi Hipertensi	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	> 160	> 100

(Sumber: Muttaqin, 2014)

Tabel 2. 2 Klasifikasi Tekanan Darah menurut ESC (*European Society of Cardiology*)

Klasifikasi Hipertensi	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)		Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	Dan	< 80
Normal	120-129	dan/atau	80-84
Normal tinggi	130-139	dan/atau	85-89
Hipertensi Ringan	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi Sedang	160-179	dan/atau	100-109
Hipertensi Berat	≥180	dan/atau	≥110
Hipertensi Sistolik Terisolasi	≥190	Dan	<90

(Sumber : Wijaya & Putri, 2013)

2.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan Hipertensi menurut (Kemenkes RI, 2013) adalah sebagai berikut:

1. Non farmakologis

Menjalani pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah, dan secara umum sangat menguntungkan dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Pada pasien

yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal, yang harus dijalani setidaknya selama 4 – 6 bulan. Bila setelah jangka waktu tersebut, tidak didapatkan penurunan tekanan darah yang diharapkan atau didapatkan faktor risiko kardiovaskular yang lain, maka sangat dianjurkan untuk memulai terapi farmakologi. Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan oleh banyak *guidelines* adalah :

a. Diet Hipertensi

Diet hipertensi adalah upaya penanggulangan penyakit hipertensi melalui pengaturan makanan yang pada dasarnya mengurangi konsumsi lemak melalui diet rendah garam, rendah kolesterol, dan tinggi serat (Tim Promkes RSUD Sardjito, 2015).

Tujuan diet rendah garam adalah membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi (Tim Promkes RSUD Sardjito, 2015).

Menurut (Almatsier, 2012), syarat diet hipertensi adalah:

- 1) Diet rendah garam
- 2) Cukup energi, protein, mineral, dan vitamin.

Berdasarkan data AKG dalam Permenkes No.28 Tahun 2019, kebutuhan gizi harian lansia, baik makro, vitamin, maupun mineral adalah:

a) Untuk Pria

- (1) Energi: 1.800 kkal
- (2) Protein: 64 gram
- (3) Lemak total: 50 gram
- (4) Karbohidrat: 275 gram
- (5) Serat: 25 gram
- (6) Air: 1.800 ml

b) Untuk Wanita

- (1) Energi: 1.550 kkal
- (2) Protein: 58 gram
- (3) Lemak total: 45 gram
- (4) Karbohidrat: 230 gram
- (5) Serat: 22 gram
- ★(6) Air: 1.550 ml

- 3) Bentuk makanan sesuai dengan keadaan penyakit.
- 4) Jumlah natrium disesuaikan dengan berat tidaknya retensi garam atau air dan/atau hipertensi

Program Diet Hipertensi dibagi menjadi:

1. Diet Garam Rendah I (200-400 mg Na)

Diet garam rendah I diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan/atau hipertensi berat. Pada pengolahan makanannya tidak ditambahkan garam dapur. Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

2. Diet Garam Rendah II (600-800 mg Na)

Diet garam rendah II diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan/atau hipertensi tidak terlalu berat. Pemberian makanan sehari sama dengan diet garam rendah I. Pada pengolahan makanannya boleh menggunakan $\frac{1}{2}$ sdt garam dapur (2 g). Hindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya .

3. Diet Garam Rendah III (1000-1200 mg Na)

Diet garam rendah III diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan/atau hipertensi ringan. Pemberian makanan sehari sama dengan diet garam rendah I. Pada pengolahan makanannya boleh menggunakan 1 sdt (4 g) garam dapur.

(Anugrah et al., 2016)

Jenis Makanan Yang Dianjurkan untuk Dihindari antara lain:

- 1) Makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih).
- 2) Makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (biskuit, *cracker*, keripik dan makanan kering yang asin).
- 3) Makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran serta buah buahan dalam kaleng, soft drink).
- 4) Makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang).

- 5) Susu full cream, mentega, margarine, keju mayonnaise, serta sumber protein hewani yang tinggi kolesterol seperti daging merah (sapi/kambing), kuning telur, kulit ayam).
- 6) Bumbu-bumbu seperti maggi, terasi, saus tomat, saus sambal, tauco serta bumbu penyedap lain yang pada umumnya mengandung garam natrium.
- 7) Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian dan tape.

(Anugrah et al., 2016)

- b. Penurunan berat badan. Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan manfaat yang lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes dan dislipidemia.
- c. Olah raga. Olah raga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30 –60 menit/ hari, minimal 3 hari/ minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah. Terhadap pasien yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara khusus, sebaiknya harus tetap dianjurkan untuk berjalan kaki, mengendarai sepeda atau menaiki tangga dalam aktifitas rutin mereka di tempat kerjanya.
- d. Mengurangi konsumsi alkohol. Walaupun konsumsi alkohol belum menjadi pola hidup yang umum di negara kita, namun konsumsi alkohol semakin hari semakin meningkat seiring dengan perkembangan pergaulan dan gaya hidup, terutama di kota besar. Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan

darah. Dengan demikian membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah.

- e. Berhenti merokok. Walaupun hal ini sampai saat ini belum terbukti berefek langsung dapat menurunkan tekanan darah, tetapi merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok.

- f. Manajemen Stress.

Manajemen stres dapat dilakukan dengan berbagai teknik relaksasi seperti meditasi, yoga atau hipnosis yang dapat mengontrol sistem syaraf sehingga dapat menurunkan tekanan darah (Kurnia, 2021).

- 2. Terapi farmakologi

Secara umum, terapi farmakologi pada hipertensi dimulai bila pada pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada pasien dengan hipertensi derajat ≥ 2 . Beberapa prinsip dasar terapi farmakologi yang perlu diperhatikan untuk menjaga kepatuhan dan meminimalisasi efek samping, yaitu :

- b. Bila memungkinkan, berikan obat dosis tunggal
- c. Berikan obat generic (non-paten) bila sesuai dan dapat mengurangi biaya
- d. Berikan obat pada pasien usia lanjut (diatas usia 80 tahun) seperti pada usia 55 – 80 tahun, dengan memperhatikan faktor komorbid
- e. Jangan mengkombinasikan *angiotensin converting enzyme inhibitor* (ACE-i) dengan *angiotensin II receptor blockers* (ARBs)

- f. Berikan edukasi yang menyeluruh kepada pasien mengenai terapi farmakologi
- g. Lakukan pemantauan efek samping obat secara teratur.

2.1.9 Komplikasi Hipertensi

Menurut (Wijaya & Putri, 2013), tekanan darah tinggi apabila tidak ditanggulangi dan diobati, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri di dalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ-organ berikut ini:

1. Jantung

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan terjadinya gagal jantung dan penyakit jantung koroner. Pada penderita hipertensi, beban kerja jantung akan meningkat, otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitasnya yang disebut dekompensasi. Akibatnya, jantung tidak mampu lagi memompa sehingga banyak cairan tertahan di paru maupun jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak napas atau edema yang disebut gagal jantung.

2. Otak

Komplikasi hipertensi pada otak, menimbulkan resiko stroke, apabila tidak diobati risiko terkena stroke meningkat 7 kali lipat.

3. Ginjal

Tekanan darah tinggi juga menyebabkan kerusakan ginjal, tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan di dalam ginjal akibatnya lambat laun ginjal tidak mampu membuang zat-zat yang tidak

dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan di dalam tubuh.

4. Mata

Hipertensi dapat menyebabkan terjadinya retinopati hipertensi dan dapat menimbulkan kebutaan.

2.1.10 Pencegahan Hipertensi

Risiko untuk mengidap hipertensi dapat dikurangi dengan (Kemenkes RI, 2013):

1. Mengurangi konsumsi garam (jangan melebihi 1 sendok teh per hari)
2. Melakukan aktivitas fisik teratur (seperti jalan kaki 3 km/ olahraga 30 menit per hari minimal 5x/minggu)
3. Tidak merokok dan menghindari asap rokok
4. Diet dengan Gizi Seimbang
5. Mempertahankan berat badan ideal
6. Menghindari minum alkohol

2.2 Konsep Ketidapatuhan

2.2.1 Pengertian

Ketidapatuhan (D.0114) adalah perilaku individu dan/atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana diet hipertensi yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan hasil diet hipertensi tidak efektif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.2 Penyebab Ketidakpatuhan

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), penyebab ketidakpatuhan adalah sebagai berikut:

1. Disabilitas (mis. penurunan daya ingat, defisit sensorik/motorik)
2. Efek samping program diet hipertensi
3. Beban pebiayaan program diet hipertensi
4. Lingkungan tidak terapeutik
5. Program terapi kompleks dan/atau lama
6. Hambatan mengakses pelayanan kesehatan (mis. gangguan mobilisasi, masalah transportasi, ketiadaan orang merawat anak dirumah, cuaca tidak menentu)
7. Program terapi tidak ditanggung asuransi
8. Ketidakadekuatan pemahaman (sekunder akibat defisit kognitif, kecemasan, gangguan penglihatan/pendengaran, kelelahan, kurang motivasi)

Kondisi klinis terkait dengan ketidakpatuhan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah:

1. Kondisi baru terdiagnosis penyakit
2. Kondisi penyakit kronis
3. Masalah kesehatan yang membutuhkan perubahan pola hidup

2.2.3 Tanda dan Gejala

1. Gejala dan Tanda Mayor
 - a. Subjektif
 - 1) Menolak menjalani diet hipertensi
 - 2) Menolak mengikuti anjuran

b. Objektif

- 1) Perilaku tidak mengikuti program diet hipertensi
- 2) Perilaku tidak menjalankan anjuran

2. Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

- 1) Tampak tanda/gejala penyakit/masalah kesehatan masih ada atau meningkat
- 2) Tampak komplikasi penyakit/masalah kesehatan menetap atau meningkat

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.3 Konsep Dasar Lansia

2.3.1 Definisi Lansia

Lansia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa, dan akhirnya menjadi tua. Usia lanjut merupakan tahap akhir dari siklus hidup manusia, yaitu bagian dari proses kehidupan yang tak dapat dihindarkan dan akan dialami oleh setiap individu. Pada tahap ini individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya (Sumartyawati, 2016).

Usia lanjut atau lansia merupakan tahap akhir pada daur kehidupan manusia, seseorang dikatakan sebagai usia lanjut bila mencapai usia lebih dari 60 tahun.

Memasuki usia tua, manusia akan banyak mengalami kemunduran seperti penurunan fisik yang ditandai dengan kulit keriput, rambut memutih, penglihatan dan pendengaran menurun, gigi yang mulai berkurang, dan kondisi tubuh yang juga ikut menurun (Padila, 2013)

2.3.2 Pengertian Proses Menua

Menua atau menjadi tua merupakan bagian dari proses tumbuh kembang yang wajar akan dialami oleh semua orang. Masa tua merupakan masa terakhir dari masa hidup dimana seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental, dan sosial secara bertahap (Azizah, 2011).

Menjadi tua (menua) adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tahap-tahap kehidupannya, yaitu neonates, toddler, pra school, school, remaja, dewasa dan lansia. Tahap berbeda ini dimulai baik secara biologis maupun psikologis (Padila, 2013).

Proses menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua bukanlah suatu penyakit. Menua merupakan proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan tubuh untuk mempertahankan struktur dan fungsi normal (Sukawana & Witarsa, 2016)

2.3.3 Batasan-Batasan Lansia

Menurut WHO ada empat tahapan pada lansia, yaitu:

1. Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun

2. Lansia (*elderly*) usia 60-74 tahun
3. Lansia tua (*old*) usia 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) usia >90 tahun

Di Indonesia menurut Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 dinyatakan bahwa usia 60 tahun ke atas adalah yang paling layak disebut usia lanjut, baik pria maupun wanita (Kusharyadi, 2011).

2.3.4 Tugas Perkembangan

Berikut merupakan tujuh kategori utama tugas perkembangan lansia meliputi:

1. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan
2. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan
3. Menyesuaikan terhadap kematian pasangan, teman, atau anak
4. Menerima diri sendiri sebagai individu lansia
5. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup
6. Mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang dewasa
7. Menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup (Azizah, 2011).

2.3.5 Tipe-Tipe Lansia

Terdapat beberapa tipe-tipe lansia yaitu:

1. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah pengalaman penyesuaian diri dengan perubahan jaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

2. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan-kegiatan yang hilang dengan kegiatan-kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman pergaulan.

3. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin menentang proses ketuaan yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmaniah, kekuasaan, pemaarah, mudah tersinggung, dan menuntut.

4. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis gelap terbitlah terang, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki pekerjaan apa saja dilakukan.

5. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, mental, sosial, dan ekonominya (Azizah, 2011).

2.3.6 Perubahan-Perubahan pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia (Fatimah, 2010). Proses menua akan membawa pengaruh serta perubahan menyeluruh baik fisik, mental, sosial, dan moral spiritual yang saling terkait antara satu bagian dengan bagian yang lainnya (Padila, 2013).

Menurut (Nugroho, 2012) perubahan akibat proses menua, diantaranya:

1. Perubahan Fisik

a. Sistem Persyarafan

Akibat proses aterosklerosis pembuluh darah akan mengalami penebalan intima yang menyebabkan terjadinya gangguan vaskularisasi otak yang dapat mengakibatkan stroke dan dimensia vaskuler sedangkan pada hipotalamus mengakibatkan terjadinya gangguan syaraf otak akibat pengaruh berkurangnya berbagai neurotransmitter.

b. Sistem Kardiovaskuler

Tanpa adanya penyakit pada lansia jantung akan tetap mengalami penurunan kekuatan kontraksi, kecepatan kontraksi, dan isi sekuncup. Akan terjadi pula penurunan dari cadangan jantung dan kemampuan untuk meningkatkan curah jantung.

c. Sistem Pernafasan

Sistem respirasi akan mengalami kematangan pertumbuhan pada usia 20-25 tahun, setelah itu akan mengalami penurunan fungsi, penurunan elastisitas paru, peningkatan kekuatan dinding dada, dan penurunan kekuatan otot dada.

d. Sistem Metabolisme

Sekitar 50% lansia menunjukkan intoleransi glukosa dengan kadar glukosa darah puasa yang normal, frekuensi hipertiroid pada lansia, sedangkan hipertiroid merupakan penyakit yang sering terjadi pada usia 50-70 tahun dengan gejala yang tidak terlihat sehingga tidak terdiagnosa.

e. System Ekskresi

Lansia akan mengalami perubahan pada ginjal yaitu penebalan pada kapsula Bouwman dan gangguan permeabilitas terhadap zat yang difiltrasi, nefron akan mengalami penurunan dan atropi akan mulai terlihat. Pada lansia usia 75 tahun aliran darah di ginjal tinggal 50% dibanding usia muda sehingga rentan berpengaruh terhadap terjadinya gagal ginjal.

f. Sistem Musculoskeletal

Dengan bertambahnya usia proses perusakan dan pembentukan tulang akan mulai melambat sehingga mengakibatkan menurunnya aktivitas tubuh. Penurunan aktivitas tubuh inilah yang dapat mengakibatkan otot-otot menjadi atrofi. Selain penurunan aktivitas tubuh, denervasi syaraf atau gangguan metabolic pada lansia, atau hormone estrogen pada wanita dan kurangnya vitamin D juga mengakibatkan tulang menjadi lebih berongga sehingga sering mudah patah.

2. Perubahan Mental

a. Kenangan (Memori)

Kenangan jangka panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan. Kenangan jangka pendek atau seketika (0 – 10 menit, kenangan buruk (bisa ke arah demensia).

b. Intelengtia Quotion (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu.

3. Psikososial

Perubahan psikososial yang meliputi perubahan kepribadian yang menjadi faktor predisposisi yaitu cemas ,gangguan tidur,perasaan kurang percaya diri ,putus asa dan dukungan social yang kurang.

2.3.7 Penyakit Umum pada Lansia

Ada empat penyakit yang sangat erat hubungannya dengan proses menua (Nugroho, 2012).

1. Gangguan sirkulasi darah, seperti: hipertensi, kelainan pembuluh darah, gangguan pembuluh darah diotak, ginjal, dan lain-lain.
2. Gangguan metabolisme hormonal, seperti: diabetes militus, klimakterium, dan ketidak seimbangan tiroid.
3. Gangguan pada persendian, seperti: osteoarthritis, gout arthritis, maupun penyakit kolagen lainnya.
4. Berbagai macam neoplasma.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, penanggung jawab, diagnosa medis

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada sebagian penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang dimaksud adalah sakit di kepala, perdarahan di hidung, pusing, wajah kemerahan, yang bias saja terjadi pada penderita hipertensi jika hipertensinya

berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala sakit kepala, muntah, sesak napas. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Apakah ada riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes militus, penyakit ginjal, obesitas, adanya riwayat merokok, dll.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi

5. Perubahan terkait proses menua

a. Fungsi Fisiologis

Wawancara

- 1) Pandangan lanjut usia tentang kesehatannya
- 2) Kegiatan yang mampu dilakukan lanjut usia
- 3) Kebiasaan lanjut usia merawat diri sendiri
- 4) Kebiasaan makan, minum, istirahat/tidur, buang air besar atau kecil
- 5) Kebiasaan lanjut usia dalam memelihara kesehatan dan kebiasaan dalam minum obat

Pemeriksaan Fisik

- 1) Pemeriksaan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk mengetahui perubahan sistem tubuh
- 2) Pendekatan yang digunakan dalam pemeriksaan fisik, yaitu :

Head to toe, Sistem tubuh

b. Psikologis

- 1) Apakah mengenal masalah-masalah utamanya
- 2) Bagaimana sikapnya terhadap proses menua
- 3) Bagaimana mengalami stress yang dialaminya
- 4) Apakah lanjut usia sering mengalami kegagalan
- 5) Apakah harpan pada saat ini dan akan datang
- 6) Apakah dalam menyesuaikan diri
- 7) Apakah optimis dalam memandang suatu kehidupan

c. Sosial ekonomi

- 1) Darimana sumber keuangan lanjut usia
- 2) Dengan siapa dia tinggal
- 3) Siapa saja yang biasanya mengunjungi
- 4) Seberapa besar ketergantungannya
- 5) Apa saja kesulitan lanjut usia mengisi waktu luang
- 6) Kegiatan organisasi apa saja yang diikuti lanjut usia
- 7) Berapa sering lanjut usia berhubungan dengan orang lain diluar rumahnya

d. Spiritual

- 1) Bagaimana cara lanjut usia menyelesaikan masalah atau dengan berdoa
- 2) Apakah lanjut usia terlihat sabar tawakal

e. Neurosensori

Gejala : keluhan pusing, berdenyut, sakit kepala suboksipal (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)

f. Hipertensi

- Gejala :
1. Episode bebas atau kelemahan pada satu sisi tubuh
 2. Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur)
 3. Episode epistaksi

Tanda :

- 1) Status mental : perubahan keterjagaan, orientasi, pola atau isi bicara, proses piker atau memori
- 2) Repon motorik : penurunan kekuatan gengaman tangan, tendon dalam.

g. Nyeri/Ketidaknyamanan

- 1) Sakit kepala oksipital berat, seperti yang pernah terjadi sebelumnya

h. Kemampuan ADL Klien

Tabel 2.2 Kemampuan ADL Menurut Indeks Katz

Skore	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hisap sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua aktivitas hisap sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tumbuhan
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hisap sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hisap sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hisap sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak diklasifikasikan sebagai sebagai C, D, E, A atau F

i. Pemeriksaan Kemampuan Kognitif

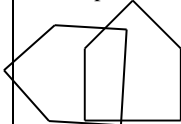
Tabel 2.3 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Skore		No.	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
		1.	Tanggal berapa hari ini	Hari Tgl Th.
		2.	Hari apa sekarang?	
		3.	Apa nama tempat ini?	

Skore		No.	Pertanyaan	Jawaban
+	-			
		4.	Berapa nomor telepon anda? a. Dimana alamat anda (tanyakan bila tidak memiliki telepon)	
		5.	Berapa umur anda?	
		6.	Kapan anda lahir?	
		7.	Siapa presiden Indonesia sekarang?	
		8.	Siapa presiden sebelumnya?	
		9.	Siapa nama kecil ibu anda?	
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun	
			Jumlah kesalahan total	

Tabel 2.4 MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun : Hari : Musim : Bulan : Tanggal :
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada ? Negara : Panti : Propinsi : Wisma : Kabupaten/kota :
3	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada klien, menjawab : 1) Kursi 2). Meja 3). Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65
5	Mengingat	3		Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9		Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukan benda tersebut). 1). 2). 3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi) Klien menjawab : Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. 4). Ambil kertas ditangan anda 5). Lipat dua 6). Taruh dilantai. Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai satu poin. 7). “Tutup mata anda” 8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
				9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk 
Total nilai		30		

Interpretasi hasil :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 - 17 : gangguan kognitif berat

j. Tes Keseimbangan

Lakukan tes keseimbangan dengan berdiri 1 kaki sebanyak 3x kemudian hitung rata-rata waktu mampu berdiri tegak

Tabel 2.4 Interpretasi TUG (*Time Up Go Test*)

>13,5 detik	Resiko tinggi jatuh
>24 detik	Diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan
>30 detik	Diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL

k. Kecemasan, GDS

Tabel 2.5 Pengkajian Depresi

Skore	Uraian
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih / tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya
2	Saya galau / sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya
1	Saya merasa sedih atau galau
0	Saya tidak merasa sedih
B. Psimisme	
3	Saya merasa bahwa msa depan adalah sis-sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai pa-apa untuk memandang ke depan
1	Saya merasa tidak berkecil hati mengenai masa depan
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan
C. Rasa kegagalan	
3	Saya merasa benar-benar gagal sebagai orang tua (suami / istri)
2	Bila melihat kehidupan ke belakang, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan

Skore	Uraian
1	Saya merasa gagal melebihi orang pada umumnya.
0	Saya merasa tidak gagal
D. Ketidak puasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas
E. Rasa bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa mburuk / ktak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik
0	Saya tidak merasa benar-benar bersalah
F. Tidak menyukai diri sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri saya sendiri
G. Membahayakan Diri Sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
H. Menarik Diri dari Sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semuanya.
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka.
1	Saya kurang berminat pada orang lain daripada sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat kepada orang lain.
I. Keragu-raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya tidak mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mengambil keputusan
0	Saya membuat keputusan yang baik
J. perubahan gambaran diri	
3	Saya merasa saya jelek atau tampak menjijikan
2	Saya merasa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya ini dan membuat saya tak menarik
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik
0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk daripada sebelumnya
K. Kesulitan kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Saya memerlukan tambahan untuk mulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.
L. Keletihan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya merasa lelah lebih dari biasanya
0	Saya tidak merasa lelah lebih dari biasanya
M. Anoreksia	
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sekali

Skore	Uraian
2	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya
0	Nafsu makan saya tidak buruk dari biasanya
0-4	Depresi tidak ada atau minimal
5-7	Depresi ringan
8-15	Depresi sedang
16+	Depresi berat

Dari beck AT, Beck RW : Screening depressed patient in family practice (1972)

1. Status Nutrisi

Tabel 2.6 Pengkajian Determinan Nutrisi Pada Lansia

VARIABEL	SKOR	SKOR KX
Apakah asupan makanan dalam 3 bulan terakhir ini berkurang karena kehilangan nafsu makan atau masalah dalam mengunyah, menelan atau mencerna makanan?	Sangat berkurang	0
	Agak berkurang	1
	Tidak berkurang	2
Adakah penurunan BB 3 bulan terakhir?	>3 kg	0
	Tidak tahu	1
	1-3 kg	2
	Tidak ada	3
Mobilitas	Hanya di tempat tidur/kursi	0
	Bisa bangkit dari tempat tidur/kursi tapi tidak keluar rumah	1
	Bisa keluar rumah	2
Mengalami stress psikologis atau penyakit akut dalam 3 bulan terakhir	Ya	0
	Tidak	2
Body massa indeks	< 19	0
	19 - < 21	1
	21 - < 23	2
	≥ 23	3
Skor total		

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau

mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya (Tarwoto et al., 2015). Diagnosa: ketidakpatuhan (D.0114) diet hipertensi.



2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Ketidapatuhan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan						
	Tujuan & Kriteria Hasil					Intervensi	
Ketidapatuhan D.0114	Tingkat kepatuhan					Dukungan kepatuhan program diet hipertensi Observasi: <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi kepatuhan menjalani program diet hipertensi Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> Buat komitmen menjalani program diet hipertensi dengan baik (program diet rendah garam II untuk hipertensi sedang) Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program diet hipertensi, jika perlu (terlampir) Dokumentasikan aktivitas selama menjalani proses diet hipertensi Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program diet hipertensi libatkan keluarga untuk mendukung program diet hipertensi yang dijalani Edukasi <ul style="list-style-type: none"> Informasikan program diet hipertensi yang harus dijalani Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program diet Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program diet Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, jika perlu 	
Pengertian :	Kriteria Hasil:						
Perilaku individu dan/atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana perawatan/pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan hasil diet hipertensi tidak efektif	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat		
	1	Verbalisasi kemauan mematuhi program diet hipertensi					
	1	2	3	4	5		
	2	Verbalisasi mengikuti anjuran					
	1	2	3	4	5		
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik		
	3	Pemahaman menjalankan anjuran diet hipertensi					
	1	2	3	4	5		
4	Pemahaman mengikuti program diet hipertensi						
1	2	3	4	5			

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; Tim Pokja SIKI, 2019; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

2.4.4 Implementasi

Implementasi yang komprehensif merupakan pengeluaran dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap-tahap perencanaan dapat terealisasi dengan baik apabila berdasarkan hakekat masalah, jenis tindakan atau pelaksanaan bisa dikerjakan oleh perawat itu sendiri, kolaborasi sesama tim / kesehatan lain dan rujukan dari profesi lain (Mubarak, 2015).

Dalam pelaksanaan tindakan ada tiga tahapan yang harus dilalui yaitu : persiapan, perencanaan, dan pendokumentasian.

1. Fase persiapan meliputi :
 - a. Review antisipasi tindakan keperawatan
 - b. Menganalisa pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan
 - c. Mengetahui komplikasi yang mungkin timbul
 - d. Persiapan alat (*resources*)
 - e. Persiapan lingkungan yang kondusif
 - f. Mengidentifikasi aspek hukum dan etik
2. Fase intervensi terdiri atas :
 - a. Independen : tindakan yang dilakukan oleh perawat atau petunjuk atau perintah dokter atau tim kesehatan lainnya
 - b. Interdependen : tindakan perawat yang memerlukan kerjasama dengan kesehatan lainnya (gizi, dokter, laboratorium, dan lainnya).
 - c. Dependen : berhubungan dengan tindakan medis atau menandakan dimana tindakan medis dilakukan.

3. Fase dokumentasi

Merupakan suatu catatan lengkap dan akurat dari tindakan yang telah dilaksanakan (Mubarak, 2015)

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk menilai keberhasilan dari asuhan keperawatan dan proses ini berlangsung terus menerus yang diarahkan pada pencapaian tujuan yang diinginkan. Tujuan evaluasi adalah untuk mendapatkan umpan balik rencana keperawatan, nilai serta meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui hasil perbandingan melalui standar yang telah ditentukan sebelumnya. Ada empat yang dapat terjadi pada tahap evaluasi, yaitu :

1. Masalah teratasi seluruhnya
2. Masalah teratasi sebagian
3. Masalah tidak teratasi
4. Timbul masalah baru

(Mubarak, 2015)

