

ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI

Nursing Care with Hypertension in The Elderly

Ibrahim

Bagian Keilmuan dan Keperawatan Jiwa dan Komunitas, PSIK-FK Universitas Syiah Kuala
Mental Health and Community Health Nursing Department, School of Nursing, Faculty of Medicine,
Syiah Kuala University
E-mail: Ibrahim.laweung@yahoo.com

ABSTRAK

Hipertensi merupakan salah satu penyakit sistem kardiovaskuler yang banyak dijumpai di masyarakat. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten, di mana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi lansia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Saat ini, angka kematian karena hipertensi di Indonesia sangat tinggi. Angka prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan riskesdas (riset kesehatan dasar) 2007 mencapai 30 persen dari populasi. Hipertensi dibedakan menjadi 2, yaitu hipertensi esensial dan hipertensi sekunder. Penyebab hipertensi pada lanjut usia dikarenakan terjadinya perubahan-perubahan pada katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, sehingga kontraksi dan volumenya pun ikut menurun. manifestasi klinis pasien hipertensi diantaranya: Mengeluh sakit kepala, pusing, lemas, kelelahan, gelisah, mual dan muntah, epistaksis, kesadaran menurun. Pemeriksaan Penunjang pada hipertensi antara lain: pemeriksaan laboratorium, CT Scan, EKG, IU, dan Photo dada. Tujuan terapi antihipertensi adalah pengurangan morbiditas dan mortalitas penyakit kardiovaskular dan ginjal. Hal ini dapat dilakukan dengan terapi non-farmakologis dan farmakologis. Pasien hipertensi biasanya meninggal dunia lebih cepat apabila penyakitnya tidak terkontrol dan telah menimbulkan komplikasi ke beberapa organ vital. Usia, ras, jenis kelamin, kebiasaan mengkonsumsi alkohol, hiperkolesterolemia, intoleransi glukosa dan berat badan, semuanya mempengaruhi prognosis dari penyakit hipertensi esensial pada lansia. Asuhan keperawatan yang dapat dilaksanakan pada pasien hipertensi mencakup pengkajian pada riwayat atau adanya faktor-faktor resiko, penegakan diagnosa, perencanaan dan intervensi, serta evaluasi dan dokumentasi yang tepat.

Kata Kunci: Hipertensi, lansia, terapi hipertensi, asuhan keperawatan.

ABSTRACT

Hypertension is a disease of the cardiovascular system is often found in the community. Hypertension is defined as persistent blood pressure, where the systolic pressure above 140 mmHg and diastolic pressure above 90 mmHg. In the elderly population, hypertension was defined as systolic pressure of 160 mmHg and a diastolic pressure of 90 mmHg. Currently, the number of deaths due to hypertension in Indonesia is very high. The prevalence of hypertension in Indonesia based RISKESDAS (basic medical research) in 2007 up to 30 percent of the population. Hypertension is divided into two, namely essential and secondary hypertension. The cause of hypertension in the elderly due to the changes in; heart valves thicken and become stiff, the heart's ability to pump blood decreased 1% per year after age 20, so the contraction and the volume is decreased. Clinical manifestations of hypertensive patients include: Complaining of headaches, dizziness, weakness, fatigue, anxiety, nausea and vomiting, epistaxis, and decreased consciousness. Diagnostic test in hypertension includes: laboratory tests, CT-Scan, ECG, IU, and chest x-ray. The goal of antihypertensive therapy is the reduction of morbidity and mortality of cardiovascular and renal disease. This can be done with non-pharmacologic therapy and pharmacological. Hypertensive patients usually die faster if the disease is not controlled, and has caused complications to some vital organs. Age, race, gender, alcohol consumption habits, hypercholesterolemia, glucose intolerance and weight, all influence the prognosis of essential hypertension in the elderly. Nursing care can be carried out in hypertensive patients include an assessment on the history or presence of risk factors, diagnosis enforcement, planning and intervention, and evaluation and proper documentation.

Keywords: Hypertension, elderly, hypertensive therapy, nursing care

PENDAHULUAN

Istilah hipertensi diambil dari bahasa Inggris *hypertension* yang berasal dari bahasa Latin “*hyper*” dan “*tension*”. “*Hyper*” berarti super atau luar biasa dan “*tension*” berarti tekanan atau tegangan. *Hypertension* akhirnya menjadi istilah kedokteran yang populer untuk menyebut penyakit tekanan darah tinggi. Tekanan darah adalah tenaga yang dipakai oleh darah yang dipompakan dari jantung untuk melawan tahanan pembuluh darah, jika tekanan darah seseorang meningkat dengan tajam dan kemudian menetap tinggi, orang tersebut dapat dikatakan mempunyai tekanan darah tinggi atau hipertensi (Gunawan, 2001).

Hipertensi adalah peningkatan abnormal pada tekanan sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik 120 mmHg. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten, di mana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi lansia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Menurut WHO 1996, batasan tekanan darah normal orang dewasa adalah maksimum 140/90 mmHg. Apabila tekanan darah seseorang di atas angka tersebut pada beberapa kali pengukuran di waktu yang berbeda, orang tersebut bisa dikatakan menderita hipertensi. Penderita hipertensi memiliki resiko lebih besar untuk mendapatkan serangan jantung dan stroke (Suwarsa, 2006).

Selain itu terdapat kondisi yang dinamakan *White Coat Hypertension*. Bentuk hipertensi ini adalah meningkatnya tekanan darah yang terjadi selama kunjungan ke dokter, namun tidak di rumah. Hipertensi ini merupakan faktor pada kira-kira 20% pasien dengan hipertensi ringan (Guibert R & Franco ED, 1999).

EPIDEMIOLOGI

Berdasarkan data *Global Burden of Disease* (GBD) 2000, 50% dari penyakit kardiovaskuler disebabkan oleh hipertensi. Data dari *The National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) menunjukkan bahwa dari tahun 1999-2000,

insiden hipertensi pada orang dewasa adalah sekitar 29-31%, yang berarti terdapat 58-65 juta penderita hipertensi di Amerika, dan terjadi peningkatan 15 juta dari data NHANES tahun 1988-1991. Hipertensi esensial mulai terjadi seiring bertambahnya umur. Pada populasi umum, pria lebih banyak yang menderita penyakit ini dari pada wanita (39% pria dan 31% wanita). Prevalensi hipertensi primer pada wanita sebesar 22%-39% yang dimulai dari umur 50 sampai lebih dari 80 tahun, sedangkan pada wanita berumur kurang dari 85 tahun prevalensinya sebesar 22% dan meningkat sampai 52% pada wanita berumur lebih dari 85 tahun. Dari 25% pria dan 18% wanita penderita hipertensi, tidak menyadari bahwa mereka mengidap hipertensi. Bagi mereka yang menyadari, 82%nya menjalani pengobatan terhadap penyakitnya. Sedangkan dari semua penderita hipertensi, hanya 46% yang mempunyai hipertensi terkontrol. Untuk kedua jenis kelamin, perbandingan hipertensi terkontrol menurun seiring bertambahnya umur, sedangkan perbandingan hipertensi yang tidak terkontrol yang menjalani pengobatan bertambah seiring bertambahnya umur. Untuk pria, perbandingan penderita yang sadar menderita hipertensi (diobati atau tidak diobati) juga menurun seiring bertambahnya umur.

KLASIFIKASI HIPERTENSI

Menurut Darmajo & Hadimartono (1999), hipertensi pada usia lanjut dibedakan menjadi; hipertensi di mana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg, dan hipertensi sistolik terisolasi di mana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg. Sedangkan berdasarkan penyebab hipertensi dapat dibedakan menjadi dua golongan, yaitu: Hipertensi esensial (hipertensi primer) dan hipertensi sekunder.

Hipertensi primer atau esensial atau pula hipertensi idiopatik adalah hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi jenis ini merupakan 90% kasus hipertensi yang banyak terjadi di

masyarakat. Hipertensi ini merupakan proses kompleks dari beberapa organ utama dan sistem, meliputi jantung, pembuluh darah, saraf, hormon dan ginjal. Hipertensi sekunder adalah naiknya tekanan darah yang diakibatkan oleh suatu sebab. Hipertensi jenis ini terjadi pada 5% kasus yang terjadi di masyarakat. Selain itu ada beberapa jenis hipertensi dengan ciri khas khusus. *Isolated Systolic Hypertension* adalah hipertensi yang terjadi ketika tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg namun tekanan diastolik dalam batas normal. Keadaan ini berhubungan dengan arteriosclerosis (pengerasan dinding arteri). *Pregnancy Induced Hypertension* adalah kondisi naiknya tekanan darah yang terjadi selama kehamilan, dimana naiknya tekanan darah sistolik dan diastolik lebih dari 15 mmHg (Guibert R dan Franco ED, 1999).

ETIOLOGI

Penyebab hipertensi pada lanjut usia dikarenakan terjadinya perubahan-perubahan pada; elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, sehingga kontraksi dan volumenya pun ikut menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah karena kurang efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigen, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Brunner & Suddarth, 2000).

Meskipun hipertensi primer belum diketahui pasti penyebabnya, namun beberapa data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan hipertensi, yaitu: **1) Faktor Keturunan:** Jika seseorang memiliki orang-tua atau saudara yang memiliki tekanan darah tinggi, maka kemungkinan ia menderita tekanan darah tinggi lebih besar. Statistik menunjukkan bahwa masalah tekanan darah tinggi lebih tinggi pada kembar identik daripada yang kembar tidak identik. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa ada bukti gen yang diturunkan untuk masalah tekanan darah tinggi. Faktor genetik tampaknya bersifat multifaktorial akibat defek pada beberapa gen yang berperan pada pengaturan tekanan darah. **2) Ciri Perseorangan:** Usia; penelitian menunjukkan bahwa seraya usia

seseorang bertambah, tekanan darah pun akan meningkat. Anda tidak dapat mengharapkan bahwa tekanan darah anda saat muda akan sama ketika anda bertambah tua. Namun anda dapat mengendalikan agar jangan melewati batas atas yang normal. Jenis kelamin; laki - laki lebih mudah terkena hipertensi dari pada perempuan. Ras; ras kulit hitam lebih banyak terkena hipertensi daripada ras kulit putih. **3) Kebiasaan Hidup:** Konsumsi garam tinggi (lebih dari 30 gram); garam dapat meningkatkan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang, khususnya bagi penderita diabetes, penderita hipertensi ringan, orang dengan usia tua, dan mereka yang berkulit hitam. Makan berlebihan (kegemukan); orang yang memiliki berat badan di atas 30 persen berat badan ideal, memiliki kemungkinan lebih besar menderita tekanan darah tinggi. Kandungan lemak yang berlebih dalam darah Anda, dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah.

Hal ini dapat membuat pembuluh darah menyempit dan akibatnya tekanan darah akan meningkat. Stres; stres dan kondisi emosi yang tidak stabil juga dapat memicu tekanan darah tinggi. Merokok; merokok juga dapat meningkatkan tekanan darah menjadi tinggi. Kebiasaan merokok dapat meningkatkan risiko diabetes, serangan jantung dan stroke. Karena itu, kebiasaan merokok yang terus dilanjutkan ketika memiliki tekanan darah tinggi, merupakan kombinasi yang sangat berbahaya yang akan memicu penyakit-penyakit yang berkaitan dengan jantung dan darah. Alkohol; konsumsi alkohol secara berlebihan juga menyebabkan tekanan darah tinggi. Minum obat - obatan (aphidrine, prednison, epinefrin). Sedangkan penyebab hipertensi sekunder adalah; lesi pada arteri renalis, displasia fibrovaskular, kerusakan ginjal/kelainan ginjal, kelainan endokrin, kerusakan saraf, *sleep-apnea*, *drug - induced* atau *drug-related hypertension*, penyakit ginjal kronik, aldosteronisme primer, penyakit renovaskular, terapi steroid jangka lama dan sindrom *Cushing*, feokromositoma,

koarktasio aorta, dan penyakit thyroid atau parathyroid (Brunner & Suddarth, 2000).

PATOFISIOLOGI

Dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth (2000) menjelaskan patofisiologi hipertensi terdapat pada, mekanisme yang mengatur atau mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor. Pada medula otak, dari pusat vasomotor inilah bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna, medula spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meski tidak diketahui dengan jelas mengapa bisa terjadi hal tersebut.

Pada saat yang bersamaan, sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang. Hal ini mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya untuk memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal dan memicu pelepasan renin. Pelepasan renin inilah yang merangsang pembentukan angiotensin I yang akan diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat yang nantinya akan merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon aldosteron ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume intra vaskular. Semua faktor ini dapat mencetus terjadinya hipertensi.

Pada keadaan gerontologis dengan perubahan struktural dan fungsional sistem

pembuluh perifer bertanggung jawab terhadap perubahan tekanan darah usia lanjut. Perubahan itu antara lain aterosklerosis hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah. Akibatnya akan mengurangi kemampuan aorta dan arteri besar dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume secukupnya) dan curah jantung pun ikut menurun, sedangkan tahanan perifer meningkat (Darmojo & Hadimartono, 1999).

MANIFESTASI KLINIS

Pada hipertensi tanda dan gejala dibedakan menjadi: **1) Tidak Bergejala:** maksudnya tidak ada gejala spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa, jika kelainan arteri tidak diukur, maka hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa. **2) Gejala yang lazim:** gejala yang lazim menyertai hipertensi adalah nyeri kepala, kelelahan. Namun hal ini menjadi gejala yang terlazim pula pada kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Menurut Rokhlaeni (2001), manifestasi klinis pasien hipertensi diantaranya: mengeluh sakit kepala, pusing, lemas, kelelahan, gelisah, mual dan muntah, epistaksis, kesadaran menurun. Gejala lainnya yang sering ditemukan: marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

1) Pemeriksaan Laboratorium; Hb/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti: hipokoagulabilitas, anemia. BUN/ kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal. Glukosa: Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin. Urinalisa: darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan ada DM. **2) CT Scan:** mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati. **3) EKG:** dapat menunjukkan pola regangan, di mana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu

tanda dini penyakit jantung hipertensi. 4) IU: mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal. 5) Poto dada: menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung (Sobel, et al, 1999).

PENATALAKSANAAN MEDIS

Tujuan terapi antihipertensi adalah pengurangan morbiditas dan mortalitas penyakit kardiovaskular dan ginjal. Karena sebagian besar pasien dengan hipertensi, terutama yang berumur sedikitnya 50 tahun, mendapatkan tekanan darah diastolik yang normal bila tekanan sistolik normal dapat diwujudkan, maka tujuan utama terapi hipertensi adalah mempertahankan tekanan sistolik dalam batas normal. Mempertahankan tekanan darah sistolik dan diastolik kurang dari 140/90 mmHg berhubungan dengan menurunnya komplikasi penyakit kardiovaskular. Pada pasien dengan hipertensi yang disertai diabetes dan penyakit ginjal, target tekanan darahnya adalah 130/80 mmHg. Penatalaksanaan medis menurut Sobel (1999), yaitu:

1) Penatalaksanaan Non Farmakologis: adopsi gaya hidup sehat oleh semua individu penting dalam pencegahan meningkatnya tekanan darah dan bagian yang tidak terpisahkan dari terapi pasien dengan hipertensi. Terdapat banyak pilihan terapi non-farmakologis dalam menangani hipertensi pada lansia, terutama bagi mereka dengan peningkatan tekanan darah yang ringan. Bukti saat ini menunjukkan bahwa perubahan gaya hidup cukup efektif dalam menangani hipertensi ringan pada lansia. Beberapa cara berikut membantu menurunkan tekanan darah pada lansia: mengurangi berat badan yang berlebihan, mengurangi atau bahkan menghentikan konsumsi alkohol, mengurangi intake garam pada makanan, dan melakukan olah raga ringan secara teratur. Cara lain yang secara independen mengurangi resiko penyakit arteri terutama adalah berhenti merokok. Pada pasien dengan hipertensi ringan sampai sedang (tekanan diastolik 90-105 mmHg dan atau sistolik 160-180mmHg) terapi non-farmakologis dapat dicoba selama 3 sampai 6

bulan sebelum mempertimbangkan pemberian terapi farmakologis. Pada hipertensi berat, perubahan gaya hidup dan terapi farmakologi harus dijalani secara bersama-sama. Pola makan makanan tinggi kalium dan kalsium serta rendah natrium juga merupakan metode terapi non-farmakologis pada lansia penderita hipertensi ringan.

2) Penatalaksanaan Farmakologis: secara garis besar terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian atau pemilihan obat anti hipertensi yaitu: mempunyai efektivitas yang tinggi, mempunyai toksitas dan efek samping yang ringan atau minimal, memungkinkan penggunaan obat secara oral, tidak menimbulkan intoleransi, harga obat relatif murah sehingga terjangkau oleh klien, dan memungkinkan penggunaan jangka panjang. Saat ini, pemberian terapi farmakologis menunjukkan penurunan morbiditas dan mortalitas pada lansia penderita hipertensi. Berdasarkan penelitian terbaru pada obat-obat antihipertensi yang tersedia sekarang ini *angiotensin converting enzyme inhibitor* (ACE inhibitor), *angiotensin-receptor blocker* (ARBs), *calcium channel blocker*, diuretik tipe Tiazid, *beta-blocker*, semua menurunkan komplikasi penyakit hipertensi.

Diuretik tiazid merupakan terapi dasar antihipertensi pada sebagian besar penelitian. Pada penelitian-penelitian tersebut, termasuk *Antihypertensive And Lipid Lowering Treatment To Prevent Heart Attack Trial*, diuretik lebih baik dalam mencegah komplikasi kardiovaskular akibat penyakit hipertensi. Pengecualian datang dari *Australian National Blood Pressure Trial*, yang melaporkan hasil yang sedikit lebih baik pada pria kulit putih yang memulai terapi hipertensi dengan ACE inhibitor dari pada mereka yang memulai dengan diuretik. Diuretik menambah kemampuan obat-obat hipertensi, berguna untuk mengontrol tekanan darah dan lebih terjangkau dari pada obat-obat antihipertensi lain. Diuretik seharusnya dipakai sebagai pengobatan awal terapi hipertensi untuk semua pasien, baik secara sendiri maupun kombinasi dengan 1 dari golongan obat antihipertensi lain (ACE inhibitor, ARBs, β -

Blocker, CCB), karena memberikan manfaat pada beberapa penelitian. Namun jika obat ini tidak ditoleransi secara baik atau merupakan kontraindikasi, sedangkan obat dari golongan lain tidak, maka pemberian obat dari golongan lain tersebut harus dilakukan.

Sebagian besar pasien hipertensi memerlukan dua atau lebih obat-obat antihipertensi lain untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan. Tambahan obat kedua dari golongan lain seharusnya dimulai jika penggunaan obat tunggal pada dosis yang adekuat gagal mencapai target tekanan darah yang diinginkan. Bila tekanan darah di atas 20/10 mmHg dari target, pertimbangkan untuk memulai terapi dengan dua obat, baik pada sebagai resep yang terpisah maupun pada dosis kombinasi tetap. Pemberian obat antihipertensi dengan dua obat dapat mencapai target tekanan darah yang diinginkan dalam waktu yang singkat, namun mesti diperhatikan adanya hipotensi ortostatik, seperti pada pasien diabetes mellitus, disfungsi otonom, dan beberapa kelompok usia tua.

KOMPLIKASI

Pasien hipertensi biasanya meninggal dunia lebih cepat apabila penyakitnya tidak terkontrol dan telah menimbulkan komplikasi ke beberapa organ vital. Sebab kematian yang sering terjadi adalah penyakit jantung dengan atau tanpa disertai stroke dan gagal ginjal. Dengan pendekatan per organ sistem, dapat diketahui komplikasi yang mungkin terjadi akibat hipertensi, yaitu antara lain Jantung; infark miokard, *angina pectoris*, gagal jantung kongestif. Sistem Saraf Pusat; stroke, *hypertensive encephalopathy*. Ginjal; penyakit ginjal kronik. Mata; *hypertensive retinopathy*. pembuluh darah perifer; *peripheral vascular disease* (Anonim, 2009).

PROGNOSIS

Usia, ras, jenis kelamin, kebiasaan mengkonsumsi alkohol, hiperkolesterolemia, intoleransi glukosa dan berat badan, semuanya mempengaruhi prognosis dari penyakit hipertensi esensial pada lansia. Semakin muda seseorang terdiagnosis

hipertensi pertama kali, maka semakin buruk perjalanan penyakitnya apalagi bila tidak ditangani. Di Amerika Serikat, ras kulit hitam mempunyai angka morbiditas dan mortalitas empat kali lebih besar dari pada ras kulit putih. Prevalensi hipertensi pada wanita pre-menopause tampaknya lebih sedikit dari pada laki-laki dan wanita yang telah menopause. Adanya faktor resiko independen (seperti hiperkolesterolemia, intoleransi glukosa dan kebiasaan merokok) yang mempercepat proses aterosklerosis meningkatkan angka mortalitas hipertensi dengan tidak memperhatikan usia, ras dan jenis kelamin (Anonim, 2009).

ASUHAN KEPERAWATAN

Menurut Hidayat (2009) asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi meliputi: **Pengkajian: 1)** Riwayat atau adanya faktor-faktor resiko, antara lain: kegemukan, riwayat keluarga positif, peningkatan kadar lipid serum, merokok sigaret berat, penyakit ginjal, terapi hormon kronis, gagal jantung, kehamilan. **2)** Aktivitas/ Istirahat, gejala: kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton. Tanda: frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea. **3)** Sirkulasi, gejala: riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup dan penyakit cerebroaskuler, episode palpitasi. Tanda: kenaikan TD, nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, takikardi, murmur stenosis valvular, distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer) pengisian kapiler mungkin lambat/ bertunda. **4)** Integritas Ego, gejala: riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor *stress multiple* (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan). Tanda: letupan suasana hati, gelisah, penyempitan *continue* perhatian, tangisan meledak, otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara. **5)** Eliminasi, gejala: gangguan ginjal saat ini atau (seperti obstruksi atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu). **6)** Makanan/cairan, gejala: makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol, mual, muntah dan perubahan BB akhir - akhir ini

(meningkat/turun) dan riwayat penggunaan diuretik. Tanda: berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria. 7) Neurosensori, gejala: keluhan pening pening/pusing, berdenyut, sakit kepala, sub oksipital (terjadi saat bangun dan menghilangkan secara spontan setelah beberapa jam), gangguan penglihatan (diplobia, penglihatan kabur,epistaxis). Tanda: status mental, perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, efek, proses pikir, penurunan kekuatanenggaman tangan. 8) Nyeri/ketidnyamanan, gejala: angina (penyakit arteri koroner/ keterlibatan jantung), sakit kepala. 9) Pernafasan, gejala: dispnea yang berkaitan dari kativitas/kerja takipnea, ortopnea, dispnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok. Tanda: distres

pernafasan/penggunaan otot aksesori pernafasan bunyi nafas tambahan. (krakties/mengi), sianosis. 10) Keamanan, gejala: gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural.

Diagnosa. 1) Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventrikular. **2)** Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂. **3)** Gangguan rasa nyaman: nyeri (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral. **4)** Potensial perubahan perfusi jaringan: serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan gangguan sirkulasi (Doengoes, 2000).

Intervensi. Berdasarkan Doengoes (2000):

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventrikular.	Afterload tidak meningkat, tidak terjadi vasokonstriksi, tidak terjadi iskemia miokard.	Klien berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan tekanan darah / beban kerja jantung , mempertahankan TD dalam rentang individu yang dapat diterima, memperlihatkan norma dan frekuensi jantung stabil dalam rentang normal pasien.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pantau TD, ukur pada kedua tangan, gunakan manset dan tehnik yang tepat. ○ Catat keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer. ○ Auskultasi tonus jantung dan bunyi napas. ○ Amati warna kulit, kelembaban, suhu dan masa pengisian kapiler. ○ Catat edema umum. ○ Berikan lingkungan tenang, nyaman, kurangi aktivitas. ○ Pertahankan pembatasan aktivitas seperti istirahat ditempat tidur/kursi. ○ Bantu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan. ○ Lakukan tindakan yang nyaman spt pijatan punggung dan leher. ○ Anjurkan tehnik relaksasi, panduan imajinasi, aktivitas pengalihan. ○ Pantau respon terhadap obat untuk mengontrol tekanan darah. ○ Berikan pembatasan cairan dan diet natrium sesuai indikasi. ○ Kolaborasi untuk pemberian

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂.	Aktivitas pasien terpenuhi.	Klien dapat berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan / diperlukan, melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.	obat-obatan sesuai indikasi.
			<ul style="list-style-type: none"> ○ Kaji toleransi pasien terhadap aktivitas dengan menggunakan parameter: frekuensi nadi 20 per menit diatas frekwensi istirahat, catat peningkatan TD, dipsnea, atau nyeridada, kelelahan berat dan kelemahan, berkeringat, pusig atau pingsan. (Parameter menunjukkan respon fisiologis pasien terhadap stress, aktivitas dan indicator derajat pengaruh kelebihan kerja/ jantung). ○ Kaji kesiapan untuk meningkatkan aktivitas contoh : penurunan kelemahan / kelelahan, TD stabil, frekwensi nadi, peningkatan perhatian pada aktivitas dan perawatan diri. (Stabilitas fisiologis pada istirahat penting untuk memajukan tingkat aktivitas individual). ○ Dorong memajukan aktivitas / toleransi perawatan diri. (Konsumsi oksigen miokardia selama berbagai aktivitas dapat meningkatkan jumlah oksigen yang ada. Kemajuan aktivitas bertahap mencegah peningkatantiba-tiba pada kerja jantung). ○ Berikan bantuan sesuai kebutuhan dan anjurkan penggunaan kursi mandi, menyikat gigi / rambut dengan duduk dan sebagainya. (teknik penghematan energi menurunkan penggunaan energi dan sehingga membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen). ○ Dorong pasien untuk partisipasi dalam memilih periode aktivitas. (Seperti jadwal meningkatkan toleransi terhadap kemajuan aktivitas dan mencegah

				kelemahan).
Gangguan rasa nyaman: nyeri (sakit kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.	Tekanan vaskuler serebral tidak meningkat.	Pasien mengungkapkan tidak adanya sakit kepala dan tampak nyaman.		<ul style="list-style-type: none"> ○ Pertahankan tirah baring, lingkungan yang tenang, sedikit penerangan ○ Minimalkan gangguan lingkungan dan rangsangan. ○ Batasi aktivitas. ○ Hindari merokok atau menggunakan penggunaan nikotin. ○ Beri obat analgesia dan sedasi sesuai pesanan. ○ Beri tindakan yang menyenangkan sesuai indikasi seperti kompres es, posisi nyaman, tehnik relaksasi, bimbingan imajinasi, hindari konstipasi
Potensial perubahan perfusi jaringan: serebral, ginjal, jantung berhubungan dengan gangguan sirkulasi.	Sirkulasi tubuh tidak terganggu.	TD dalam batas yang dapat diterima, tidak ada keluhan sakit kepala, pusing, nilai-nilai laboratorium dalam batas normal.		<ul style="list-style-type: none"> ○ Pertahankan tirah baring; tinggikan kepala tempat tidur. ○ Kaji tekanan darah saat masuk pada kedua lengan; tidur, duduk dengan pemantau tekanan arteri jika tersedia. ○ Pertahankan cairan dan obat-obatan sesuai pesanan. ○ Amati adanya hipotensi mendadak. ○ Ukur masukan dan pengeluaran. ○ Pantau elektrolit, BUN, kreatinin sesuai pesanan. ○ Ambulasi sesuai kemampuan; hindari kelelahan.

Evaluasi. 1) Mempertahankan perfusi jaringan yang adekuat: tekanan darah dalam rentang yang dapat diterima dengan pengobatan terapi diet dan perubahan gaya hidup, tidak menunjukkan gejala angina, palpitasi atau penurunan penglihatan, kadar BUN dan kreatinin serum stabil, dan teraba denyut nadi perifer. 2) Mematuhi program asuhan dini: minum obat sesuai resep dan melaporkan setiap ada efek samping, mematuhi aturan diet sesuai yang dianjurkan: pengurangan natrium, kolesterol dan kalori, berlatih secara teratur dan cukup, mengukur tekanan darahnya sendiri secara teratur, berhenti mengonsumsi tembakau, kafein dan

alkohol, menepati jadwal kunjungan klinik atau dokter. 3) Bebas dari komplikasi: tidak terjadi ketajaman penurunan penglihatan, dasar mata tidak memperlihatkan perdarahan retina, kecepatan dan irama denyut nadi dan kecepatan napas dalam batas normal, tidak terjadi dispneu atau edema, menjaga haluaran urin sesuai dengan masukan cairan, pemeriksaan fungsi ginjal dalam batas normal, tidak memperlihatkan defisit motorik, bicara atau sensorik, dan tidak mengalami sakit kepala, pusing atau perubahan cara berjalan (Tucker, et al, 1999).

Dokumentasi. Catat keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer, catat

edema umum, pantau respon terhadap obat untuk mengontrol tekanan darah, ukur masukan dan pengeluaran, dan pantau elektrolit, BUN, kreatinin (Tucker, et al, 1999).

KESIMPULAN

1) Penyakit hipertensi merupakan suatu masalah kesehatan masyarakat yang mana dapat dihadapi baik itu di beberapa negara yang ada di dunia maupun di Indonesia.

2) Faktor-faktor yang dapat menyebabkan hipertensi itu adalah dari kebiasaan atau gaya hidup masyarakat yaitu faktor herediter yang didapat pada keluarga, faktor usia, jenis kelamin, konsumsi garam yang berlebihan, kurang berolahraga, dan obesitas.

3) Pelaksanaan program penanggulangan yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan yang bekerjasama mendukung kampanye “120/180” yang dilakukan RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Yayasan Jantung Indonesia, *Indonesia Society of Hypertension* (INA-SH) dan Novartis Indonesia dengan tema “Jagalah Tekanan Darah Anda pada Batas yang Aman”.

SARAN

1) Menggalakkannya kampanye “120/80” dengan tema “Jagalah Tekanan Darah Anda pada Batas yang Aman” dapat memacu dalam peningkatan kesadaran masyarakat akan bahaya penyakit hipertensi.

2) Perlunya upaya penyuluhan agar dari *case-finding* maupun pendidikan kesehatan dan penatalaksanaan pengobatannya yang belum terjangkau masih sangat terbatas Untuk penderita datang berobat untuk pertama kalinya datang terlambat dimana sebagian besar penderita hipertensi tidak mempunyai keluhan agar sedini msungkin diberi pengobatan.

KEPUSTAKAAN

Anonim. (September 2009). *Penderita Hipertensi Rawan Lupa*. Diakses pada tanggal 18 September 2010, dari http://www.waspada.co.id/index.php?option=com_content&view=article&id=5426zpenderita-hipertensi-rawan-lupa&catid=28&Itemid=48.

Brunner & Suddarth.(2002). *Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah Volume 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Doengoes, Marilyn E. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Gunawan, Lany. (2001). *Hipertensi: Tekanan Darah Tinggi*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

Guiber R & Franco ED. (1999). *Journal of Hypertension*. Research Profile on Biomed Experts.

Hidayat. (Mai 2009). *Askep Hipertensi*. Diakses pada tanggal 17 September 2010, dari <http://hidayat2.wordpress.com/2009/05/12/askep-hipertensi/>.

Sobel, Barry J, et all. (1999). *Hipertensi: Pedoman Klinis Diagnosis dan Terapi*. Jakarta: Penerbit Hipokrates.

Tucker, S.M, et all .(1999). *Standar Perawatan Pasien: Proses Keperawatan, Diagnosis dan Evaluasi Edisi V*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

R. Boedhi Darmojo, H. Hadimartono. (1999). *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Jakarta : Balai Penerbit

Suwarsa. (2006). *Kiat Sehat Bagi Lansia*. Bandung: MQS Publishing.

