

BAB II

TINJAUAN TEORITIS PENYAKIT HIPERTENSI

A. KONSEP PENYAKIT HIPERTENSI

1. Pengertian

Hipertensi adalah peningkatan abnormal pada tekanan sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik 120 mmHg (Black & Hawks, 2014). Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg (Lewis, Dirksen, Heitkemper & Bucher, 2014). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih (Smeltzer & Bare, 2010).

Dari ketiga definisi diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah peningkatan tekanan darah yang abnormal dengan sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg. Pada usila : peningkatan tekanan sistolik diatas 160 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah salah satu jenis penyakit yang mematikan di dunia dan faktor risiko paling utama terjadinya hipertensi yaitu faktor usia sehingga tidak heran penyakit hipertensi sering dijumpai pada usia senja/usia lanjut (Anggraini, 2020).

2. Anatomi fisiologi Jantung

Anatomi dan Fisiologi jantung

a. Anatomi Jantung

1) Jantung

Sistem kardiovaskuler terdiri atas jantung, pembuluh darah (arteri, vena, kapiler) dan sistem limfatik. Fungsi utama system kardiovaskular adalah mengalirkan darah yang kaya oksigen ke seluruh tubuh dan memompa darah dari seluruh tubuh (jaringan) ke sirkulasi paru untuk dioksigenasi (Lewis *et al*, 2014).

Jantung merupakan organ utama sistem kardiovaskular, berotot dan berongga, terletak di rongga toraks bagian mediastinum. Jantung berbentuk seperti kerucut tumpul dan bagian bawah disebut apeks terletak lebih ke kiri dari garis medial, bagian tepi terletak pada ruang interkosta IV kiri atau sekitar 9 cm dari kiri linea medioklavikularis, bagian atas disebut basis terletak agak ke kanan pada kosta ke III sekitar 1 cm dari tepi lateral sternum. Memiliki ukuran panjang sekitar 12 cm, lebar 8-9 cm, dan tebal 6 cm. Berat jantung sekitar 200-425 gram, pada laki-laki sekitar 310 gram dan pada perempuan sekitar 225 gram (Lewis *et al*, 2014).

Jantung adalah organ muscular yang tersusun atas dua atrium dan dua ventrikel. Jantung dikelilingi oleh kantung pericardium yang terdiri atas dua lapisan, yakni:

- a) Lapisan visceral (sisi dalam)
- b) Lapisan perietalis (sisi luar)

Dinding jantung mempunyai tiga lapisan, yaitu:

- a) Epikardium merupakan lapisan terluar , memiliki struktur yang sama dengan pericardium visceral.
- b) Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
- c) Endokardium, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katup jantung.

Jantung mempunyai empat katup, yaitu:

- a) Trikupidalis
- b) Mitralis (katup AV)
- c) Pulmonalis (katup semilunaris)
- d) Aorta (katup semilunaris)

Jantung memiliki 4 ruang, yaitu atrium kanan, atrium kiri dan ventrikel kanan. Atrium terletak diatas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu

arah. Antara rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum (Black & Hawks, 2014).

2) Pembuluh darah

Setiap sel didalam tubuh secara langsung bergantung pada keutuhan dan fungsi system vaskuler, karena darah dari jantung akan dikiri ke setiap sel melalui system tersebut. Sifat 9 structural dari setiap bagian system sirkulasi darah sistemik menentukan peran fisiologinya dalam integrasi fungsi kardiovaskular. Keseluruhan system peredaran (system kardiovaskular) terdiri atas arteri, arteriola, kapiler, venula, dan vena (Black & Hawks, 2014).

- a) Arteri adalah pembuluh darah yang tersusun atas tiga lapisan (intima, media, adventisia) yang membawa darah yang mengandung oksigen dari jantung ke jaringan.
- b) Arteriol adalah pembuluh darah dengan resistensi kecil yang mevaskularisasi kapiler.
- c) Kapiler menghubungkan dengan arteriol menjadi venula (pembuluh darah yang lebih besar yang bertekanan lebih rendah dibandingkan dengan arteriol), dimana zat gizi dan sisa pembuangan mengalami pertukaran
- d) Venula bergabung dengan kapiler menjadi vena
- e) Vena adalah pembuluh yang berkapasitas-besar, dan bertekanan rendah yang membalikkan darah yang tidak berisi oksigen ke jantung.

b. Fisiologi Siklus jantung

1. Siklus jantung adalah rangkaian kejadian dalam satu irama jantung. Dalam bentuk yang paling sederhana, siklus jantung 10 adalah kontraksi bersamaan kedua atrium, yang mengikuti suatu fraksi pada detik berikutnya karena kontraksi bersamaan kedua ventrikel. Sisklus jantung merupakan periode ketika jantung kontraksi dan relaksasi. Satu kali siklus jantung sama dengan satu periode sistole (saat

ventrikel kontraksi) dan satu periode diastole (saat ventrikel relaksasi). Normalnya, siklus jantung dimulai dengan depolarisasi spontan sel pacemaker dari SA node dan berakhir dengan keadaan relaksasi ventrikel. Pada siklus jantung, systole (kontraksi) atrium diikuti sistole ventrikel sehingga ada perbedaan yang berarti antara pergerakan darah dari ventrikel ke arteri. Kontraksi atrium akan diikuti relaksasi atrium dan ventrikel mulai ber kontraksi. Kontraksi ventrikel menekan darah melawan daun katup atrioventrikuler kanan dan kiri dan menutupnya. Tekanan darah juga membuka katup semilunar aorta dan pulmonalis. Kedua ventrikel melanjutkan kontraksi, memompa darah ke arteri. Ventrikel kemudian relaksasi bersamaan dengan pengaliran kembali darah ke atrium dan siklus kembali. a) Sistole atrium b) Sistole ventrikel c) Diastole ventrikel (Black & Hawks, 2014).

2. Tekanan darah Tekanan darah (*blood pressure*) adalah tenaga yang diupayakan oleh darah untuk melewati setiap unit atau daerah dari dinding pembuluh darah, timbul dari adanya tekanan pada dinding arteri. Tekanan arteri terdiri atas tekanan sistolik, tekanan diastolik, tekanan pulsasi, tekanan arteri rerata. Tekanan sistolik yaitu tekanan maksimum dari darah yang mengalir pada arteri saat ventrikel jantung berkontraksi, besarnya sekitar 100-140 mmHg. Tekanan diastolic yaitu tekanan darah pada dinding arteri pada saat jantung relaksasi, besarnya sekitar 60-90 mmHg. Tekanan pulsasi merupakan reflek dari stroke volume dan elastisitas arteri, besarnya sekitar 40-90 mmHg. Sedangkan tekanan arteri rerata merupakan gabungan dari tekanan pulsasi dan tekanan diastolic yang besarnya sama dengan sepertiga tekanan pulsasi ditambah tekanan diastolik. Tekanan darah sesungguhnya adalah ekspresi dari tekanan systole dan tekanan diastole yang normal berkisar 120/80 mmHg. Peningkatan tekanan darah lebih dari normal disebut hipertensi dan jika kurang normal disebut hipotensi. Tekanan darah sangat berkaitan dengan curah jantung, tahanan pembuluh darah perifer (R). Viskositas dan elastisitas pembuluh darah (Black & Hawks, 2014).

3. Etiologi

Umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik (idiopatik). Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan cardiac output atau peningkatan tekanan perifer. Menurut Lewis et al (2014) ada beberapa faktor yang memengaruhi terjadinya hipertensi, yaitu:

- a. Genetik: Respon neurologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport Na.
- b. Obesitas: Terkait level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stress lingkungan.
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

Berdasarkan penyebabnya hipertensi di bagi menjadi 2 golongan:

1) Hipertensi primer (esensial)

Disebut hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya.

Faktor yang mempengaruhinya yaitu: genetik, lingkungan, hiperaktifitas saraf simpatis sistem rennin. Angiotensi dan peningkatan Na + Ca intra seluler. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko : obesitas, merokok, alkohol dan polistemia.

2) Hipertensi sekunder

Penyebabnya: penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom *cushing* dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas:

- a) Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan/atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
- b) Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar.

Tabel 2.1 Kategori Derajat hipertensi

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1.	Optimal	<120	<80
2.	Normal	120-129	80-84
3.	High Normal	130-139	85-89
4.	Hipertensi		
	Grade 1 (ringan)	140-159	90-99
	Grade 2 (sedang)	160-179	100-109
	Grade 3 (berat)	180-209	109-119
	Grade 4 (sangat berat)	>210	>120

(Artiyaningrum, 2016)

Menurut Lewis et al (2014), penyebab hipertensi pada usia lanjut adalah terjadinya perubahan pada:

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun
- 2) Kutub jantung menebal dan menjadi kaku
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- 5) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi (Black & Hawks, 2014):

- a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Gejala lain umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu muka merah, sakit kepala, keluar darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi Smeltzer dan Bare (2010), yaitu:

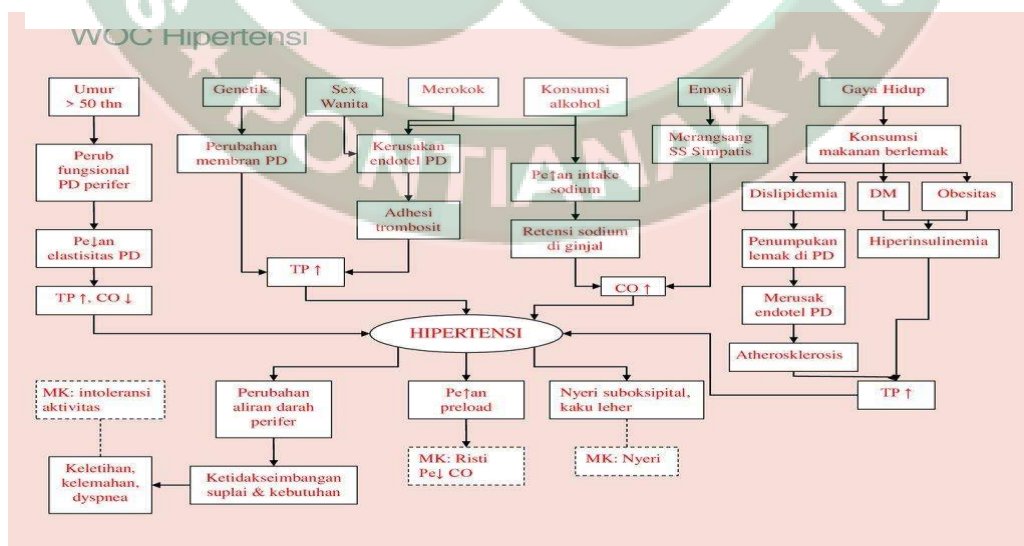
- 1) Mengeluh sakit kepala, pusing
- 2) Lemas, kelelahan
- 3) Sesak nafas
- 4) Gelisah
- 5) Mual
- 6) Muntah
- 7) Epistaksis
- 8) Kesadaran menurun

5. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstruksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf sympatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar kolumna medulla 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 preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norefinefrin mengakibatkan konstruksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah

terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinephrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi. Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinephrin, 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 rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya 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. Tekanan darah arteri merupakan produk total resistensi perifer dan curah jantung. Curah jantung meningkat karena keadaan yang meningkatkan frekuensi jantung, volume sekuncup atau keduanya (Black & Hawks, 2014; Timby & Smith, 2010).

6. Pathway



Gambar 2.1 Patway Hipertensi

7. Komplikasi

Meningkatnya tekanan darah merupakan satu-satunya gejala pada hipertensi esensial. Kadang hipertensi esensial berjalan tanpa gejala dan baru timbul gejala setelah komplikasi pada organ sasaran seperti pada ginjal, mata, otak, dan jantung. Gejala seperti sakit kepala, mimisan, pusing, migraine ditemukan sebagai gejala klinis hipertensi esensial. Pada survey hipertensi di Indonesia tercatat gejala-gejala sebagai berikut: pusing, mudah marah, telinga berdengung, mimisan (jarang), sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah dan mata berkunang-kunang. Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai adalah: gangguan penglihatan, gangguan saraf, gagal jantung, gangguan fungsi ginjal, gangguan serebral (otak), dapat mengakibatkan kejang dan pendarahan pembuluh darah otak dan mengakibatkan kelumpuhan, gangguan kesadaran hingga koma, sebelum bertambah parah dan terjadi komplikasi serius seperti gagal ginjal, serangan jantung, stroke, lakukan pencegahan dan pengendalian hipertensi dengan merubah gaya hidup dan pola makan, beberapa kasus hipertensi erat kaitannya dengan gaya hidup tidak sehat. Seperti kurang olahraga, stress, minum minuman beralkohol, merokok, dan kurang istirahat. Kebiasaan makan juga perlu diwaspadai. Pembatasan asupan natrium (komponen utama garam) (William & Hopper, 2007; Smeltzer & Bare, 2010). Asuhan keperawatan pada pasien hipertensi sangat disarankan karena terbukti baik untuk kesehatan penderita hipertensi.

Dalam perjalanannya penyakit ini termasuk penyakit kronis yang dapat menyebabkan berbagai komplikasi antara lain: stroke, gagal jantung, gagal ginjal, mata. Hubungan stroke dengan hipertensi dapat dijelaskan dengan singkat, bahwa tahanan dari pembuluh darah memiliki batasan dalam menahan tekanan darah yang dating. Apalagi dalam otak pembuluh darah yang ada termasuk pembuluh darah kecil yang otomatis memiliki tahanan yang juga kecil. Bila tekanan darah melebihi kemampuan pembuluh darah, maka pembuluh darah akan pecah, selanjutnya akan menjadi stroke hemoragik yang memiliki prognosis

yang tidak baik. Dengan demikian kontrol dalam penyakit hipertensi ini dapat dikatakan sebagai pengobatan seumur hidup bila ingin dihindari terjadinya komplikasi tidak baik. Dengan adanya faktor yang dapat dihindarkan tersebut, tentunya hipertensi dapat dicegah bagi penderita hipertensi agar terhindar dari komplikasi yang fatal (Lewis et al, 2014; Black & Hawks, 2014).

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan ataupun dengan cara modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi asupan garam tidak lebih dari 1/4 – 1/2 sendok the 6 gram/hari), menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok, dan minuman beralkohol. Olahraga juga dianjurkan bagi penderita hipertensi, dapat berupa jalan, lari, jogging, bersepeda selama 20-25 menit dengan frekuensi 3-5x perminggu. Penting juga untuk cukup istirahat (6-8 jam) dan mengendalikan stress. Untuk pemilihan serta penggunaan obat-obatan hipertensi disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter (Kemenkes RI, 2013).

Adapun makanan yang harus dihindari atau dibatasi oleh penderita hipertensi adalah:

- a. Makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih).
- b. Makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (biskuit, crackers, kerpik dan makanan kering yang asin).
- c. Makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran serta buah-buahan dalam kaleng, soft drink).
- d. Makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang).
- e. Susu full cream, mentega, margarine, keju mayonnaise, serta sumber protein hewani yang tinggi kolesterol seperti daging merah (sapi/kambing), kuning telur, kulit ayam.

- f. Bumbu-bumbu seperti kecap, magi, terasi, saus tomat, saus sambal, tauco serta bumbu penyedap lain yang pada umumnya mengandung garam natrium.
- g. Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian, tape.

Di Indonesia terdapat pergeseran pola makan, yang mengarah pada makanan cepat saji dan yang diawetkan yang kita ketahui mengandung garam tinggi, lemak jenuh, dan rendah serat mulai menjamur terutama di kota-kota besar di Indonesia.

Dengan mengetahui gejala dan faktor risiko terjadinya hipertensi diharapkan penderita dapat melakukan pencegahan dan penatalaksanaan dengan modifikasi diet/gaya hidup ataupun obat-obatan sehingga komplikasi yang terjadi dapat dihindarkan (Kemenkes RI, 2013).

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan dua cara yaitu (Lewis et al, 2014; Doenges, Moorhouse & Murr, 2019):

- a) Pemeriksaan yang segera seperti :
 - ✓ Darah rutin (Hematokrit/Hemoglobin): untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti: hipokoagulabilitas dan anemia.
 - ✓ Ureum/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
 - ✓ Glukosa: hiperglikemi (Diabetes Melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin (meningkatkan hipertensi).
 - ✓ Kalium serum: hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.
 - ✓ Kalsium serum : Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi

- ✓ Kolesterol dan trigliserid serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler)
- ✓ Pemeriksaan tiroid: Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi pembuluh darah dan hipertensi
- ✓ Kadar aldosteron urin/serum : untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)
- ✓ Urinalisa: Darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
- ✓ Asam urat : Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
- ✓ Steroid urin : Kenaiakn dapat mengindikasikan hiperadrenalisme
- ✓ EKG: 12 Lead, melihat tanda iskemi, untuk melihat adanya hipertrofi ventrikel kiri ataupun gangguan koroner dengan menunjukkan pola regangan, dimana luas peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
- ✓ Foto dada: apakah ada oedema paru (dapat ditunggu setelah pengobatan terlaksana) untuk menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

b) Pemeriksaan lanjutan (tergantung dari keadaan klinis dan hasil pemeriksaan yang pertama):

- ✓ *IVP* :Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal atau ureter.
- ✓ CT Scan: Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.
- ✓ *IUP*: mengidentifikasikan penyebab hipertensi seperti: Batu ginjal, perbaikan ginjal.
- ✓ *USG*: untuk melihat struktur ginjal dilaksanakan sesuai kondisi klinis pasien.

B. KONSEP NYERI

A. PENGERTIAN NYERI

International Society For the Study of Pain mendefinisikan nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan actual atau potensial yang digambarkan kerusakan. (Ramadhani et al., 2020).

Nyeri akan menimbulkan kecemasan serta tekanan darah akan semakin meningkat jika nyeri tidak diatasi. Nyeri merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual maupun fungsional (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

B. ETIOLOGI NYERI

a. Trauma

1) Mekanik

Nyeri yang timbul akibat benturan, gesekan, luka, dll

2) Panas

Nyeri timbul akibat dari saraf reseptor menerima rangsangan akibat panas dingin, misalnya api atau air.

3) Kimiawi

Nyeri timbul akibat kontak dengan zat kimia yang bersifat asam dan basa.

4) Elektrik

Nyeri timbul akibat pengaruh aliran listrik yang mengenai reseptor, nyeri menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.

b. Neoplasma

1) Jinak

2) ganas

c. Peradangan

Kerusakan ujung-ujung saraf resepto akibat adanya peradangan akibat pembengkakan, missal abses.

d. Gangguan sirkulasi darah dan kelainan

e. Trauma psikologi.

C. KLASIFIKASI

a. Nyeri akut

Pengalamn sesnorik,emosional dengan kerusakan jringen actual maupun fusngsional, dengan onset mendadak atau lambat serta berintensitas ringan hingga berat berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Nyeri kronis

Pengalamn sesnorik,emosional dengan kerusakan jringen actual maupun fusngsional, dengan onset mendadak atau lambat serta berintensitas ringan hingga berat berlangsung lebi dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

D. TANDA DAN GEJALA NYERI

Gejala dan tanda mayor (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

a. Subjektif :

1) Mengeluh nyeri

b. Objektif :

1) Tampak meringis

2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

3) Gelisah

4) Frekuensi nadi meningkat

5) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

a. Subjektif : Tidak tersedia

b. Objektif :

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola nafas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berpikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) Diaphoresis

E. PATOFISIOLOGI NYERI KEPALA

Nyeri kepala disebabkan oleh kerusakan vaskuler seluruh pembuluh darah perifer pada penderita hipertensi. Perubahan pada arteri kecil dan aorta menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, sehingga mengakibatkan aliran darah akan terganggu. Suplai oksigen di otak menurun dan peningkatan karbondioksida selanjutnya terjadi metabolisme anaerob di tubuh mengakibatkan peningkatan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak (Bangkalan, 2017).

— Pengukuran Skala Nyeri

a. skala nyeri angka

Numeric Pain Intensity Scale merupakan alat ukur yang digunakan untuk pengkajian nyeri pada orang dewasa yang dirasakan pada 24 jam terakhir. Pengukuran skala nyeri dengan menggunakan skala nyeri NPIS dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan (Ramadhani et al., 2020).

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA PENDERITA HIPERTENSI DENGAN NYERI KEPALA

a. Massage

Massage dalam bahasa Arab dan Perancis berarti menyentuh atau meraba. Pijat atau urut dalam bahasa Indonesia. Massage dapat pula diartikan sebagai pijatan yang telah disempurnakan dengan ilmu-ilmu tentang

tubuh manusia atau gerakan tangan yang mekanis terhadap tubuh manusia dengan mempergunakan bermacam - macam bentuk pegangan atau teknik (Trisnowiyanto, 2012).

Menurut Ulum, head massage merupakan pijatan yang dilakukan pada titik nyeri dengan posisi duduk ataupun berbaring yang dimulai dari bahu,leher,kulit kepala dan wajah yang berfungsi untuk mencegah ataupun mengurangi permasalahan pada kepala (Safitri et al., 2018).

b. Jenis – Jenis Massage

Adapun jenis – jenis massage menurut (Bambang Trisnowiyanto, 2012) yaitu :

1) Sport massage (massage kebugaran)

Merupakan pijat yang dilakukan dalam ruang lingkup sport saja,yang bertujuan untuk membentuk serta memelihara kondisi fisik para olahragawan agar tetap bugar dan sehat.

2) Remedial massage (massage penyembuhan)

Merupakan pijat untuk memulihkan beberapa penyakit tanpa memasukkan obat yang bertujuan untuk mengurangi, atau meringankan keluhan dan gejala pada beberapa macam penyakit yang termasuk dslsm indikasi untuk dipijat

4) Cosmetic massage

Merupakan pijat pada bidang pemeliharaan kecantikan yang bertujuan untuk membersihkan,menghaluskan kulit serta menjaga kulit agar tidak cepat berkerut.

c. Tujuan Massage

- 1) Melancarkan peredaran darah terutama peredaran darah vena dan peredaran getah benih.
- 2) Menghancurkan sisa-sisa pembakaran didalam sel otot yang telah menggumpal dan mengeras atau sering disebut dengan asam laktat(miogelosis).
- 3) Menyempurnakan proses pencernaan makanan.

- 4) Menyempurnakan pertukaran gas atau memperbaiki proses metabolisme.
- 5) Menyempurnakan pembagian zat makanan ke seluruh tubuh.
- 6) Merangsang jaringan – jaringan saraf, mengaktifkan saraf sadar dan kerja saraf tak sadar(saraf otonom).
- 7) Membersihkan dan menghaluskan kulit.
- 8) Memberikan perasaan nyaman,segar,serta kehangatan pada tubuh.
- 9) Menyembuhkan atau meringankan berbagai gangguan penyakit yang boleh dipijat. (Trisnowiyanto, 2012).

d. Teknik Massage

Menurut (Trisnowiyanto, 2012) teknik yang digunakan dalam massage kepala yaitu eflourage (gosokan) dari tengah dahi sampai kepada kepala belakang melewati atas daun telinga, petrissage (pijatan) daerah kepala dari tepi atas kepala (ubun – ubun), friction (gerusan)dari pelipis sampai atas daun telinga dan friction (gerusan) dari bawah prosesus mastoideus dari sebelah kiri menuju ke kanan yang bertujuan membantu melancarkan peredaran darah vena, relaksasi dan mengurangi nyeri merangsang saraf – saraf besar.

1) Enflourage (gosokan)

Merupakan suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok. Bentuk teapak tangan dan jari meyesuaikan dengan bagian tubuh yang digosok. Efluerage (gosokan) pada kepala dilakukan dari tenga dahi sampai kepala belkang melewati daun telinga.

2) Petrissage (pijatan)

Merupakan suatu gerakan pijatan dengan mempergunakan empat jari merapat berhadapan dengan ibu jari yang selalu luus dan supel. Kesalahan yang terjadi pada umumnya tidak dapatnya jari-jari tersebut melurus. Bagian tubuh yang dipijat terletak dibagian dalam lengkungan telapak tangan antara jari-jari dan ibu jari. Gerakan

petrissage (pijatan) dilakukan pada daerah kepala dari tepi atas kepala (ubun-ubun).

3) Friction (gerusan)

Merupakan suatu gerakan gerusan kecil yang dilakukan dengan mempergunakan ujung- ujung jari. Gerakan friction(gerusan) dilakukan dari pelipis sampai atas daun telinga dan dari bawah prosesus mastoideus dari sebelah kiri menuju kanan yang bertujuan membantu melancarkan peredaran darah vena.

e.Indikasi dan kontraindikasi dalam massage

Indikasi dan kontraindikasi massage menurut (Trisnowiyanto, 2012).

1) Indikasi massage

- a) Kelelahan
- b) Rhematik, kecuali stadium kronik
- c) Tekanan darah tinggi
- d) Sakit kepala
- e) Kekauan otot
- f) Nyeri persendia (bahu,siku,panggul,dll)
- g) Insomnia
- h) Diabetes mellitus
- i) Penyakit-penyakit yang tidak disebabkan bakteri

2) Kontraindikasi massage

- a) Demam tinggi, missal pada penyakit tyfus, malaria, kolera, disentri, TBC, paru – paru.
- b) Penyakit kulit, misalnya kadas, kudis, lepra, cacar, morbid, dan sebagainya.
- c) Tumor
- d) Kehamilan
- e) Fraktur
- f) Asma
- g) Dislokasi

- h) Luka
- i) Sehabis makan, sehabis operasi, dan sehabis di suntik

f. Hubungan head massage dalam penyembuhan

Dari hasil penelitian dan diartikan dengan teori yang didapatkan bahwa massage kepala berpengaruh terhadap penurunan nyeri kepala dengan dilakukan massage kepala semua pasien mengalami penurunan nyeri kepala. Hal ini disebabkan oleh pelaksanaan teknik massage yang benar dan tepat pada titik pemjatan sehingga peredaran darahnya lancar. Saraf-saraf merangsang, serta otot yang kaku menjadi rileks.

(Astuti, 2014) mengemukakan keberhasilan massage yang dilakukan pada pasien tidak lepas dari kepatuhan pasien untuk mengikuti anjuran saat dilakukan massage kepala seperti pasien harus rileks, posisi duduk atau berbaring serta pasien harus benar-benar percaya bahwa tindakan massage dapat membantup proses penurunan nyeri.

g. Manfaat Head massage

Menurut Marlina, Head massage memberikan efek relaksasi karena sentuhan- sentuhan antara permukaan kulit dapat membantu melancarkan peredaran darah, meningkatkan konsentrasi, merangsang pelepasan hormone endoprine secara alami dan memberikan pijatan dengan rasa nyaman pada daerah otot serta tulang.

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan pada pasien dengan hipertensi yaitu (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2019; Carpenito, 2017):

a. Identitas klien

1) Identitas klien meliputi :

Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.

b. Identitas Penanggung Jawab

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien. Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Keluhan lain yang menyerta biasanya : sakit kepala , pusing, penglihatan buram, mual ,detak jantung tak teratur, nyeri dada.

d. Riwayat kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi , penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain

f. Aktivitas / istirahat

- 1) Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.
- 2) Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

g. Sirkulasi

1) Gejala :

- a) Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskuler
- b) Episode palpitasi

2). Tanda :

- a). Peningkatan tekanan darah
- b) Nadi denyutan jelas dari karotis,ugularis,radialis, takikardia
- c) Murmur stenosis vulvular

- d). Distensi vena jugularis
- e) Kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer)
- f) Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda

h. Integritas ego

- 1) Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, factor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).
- 2) Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot uka tegang, menghela nafas, peningkatan pola bicara.

a. Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu.

b. Makanan / cairan

1) Gejala :

- a) Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol
- b) Mual, muntah dan perubahan berat badan saat ini (meningkat/turun)
- c) Riwayat penggunaan diuretic

2) Tanda :

- a). Berat badan normal atau obesitas
- b). Adanya edema
- c). Glikosuria
- d). Neurosensori

3) Gejala :

- a) Keluhan pening / pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
- b) Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan abur, epistaksis)

4) Tanda :

- a) Status mental, perubahan keterjagaanm orientasi, pola/ isi bicara, efek, proses piker

- b) Penurunan kekuatan genggam tangan
- c. Nyeri / ketidaknyamanan
 - Gejala : angina (penyakit arteri koroner / keterlibatan jantung), sakit kepala
- d. Pernapasan
 - 1) Gejala :
 - a) Disnea yang berkaitan dari aktivitas/ kerja, takipnea, ortopnea. Dispnea
 - b) Batuk dengan / tanpa pembentukan sputum
 - c). Riwayat merokok
 - 2) Tanda :
 - a) Distress pernapasan / penggunaan otot aksesori pernapasan
 - b) Bunyi napas tambahan (crakles/mengi)
 - c). Sianosis
- m. Keamanan
 - Gejala : gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural.
- n. Pembelajaran / penyuluhan
 - Gejala :
 - 1) Factor risiko keluarga: hipertensi,aterosklerosis, penyakit jantung, diabetes mellitus.
 - 2) Factor lain, seperti orang afrika-amerika, asia tenggara, penggunaan pil KB atau hormone lain, penggunaan alcohol/obat.
- o. Rencana pemulangan
 - Bantuan dengan pemantau diri tekanan darah/ perubahan dalam terapi obat.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien menurut (Carpenito, 2017) dengan hipertensi:

- a. Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload
- b. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia
- c. Kelebihan volume cairan
- d. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- e. Ketidakefektifan koping
- f. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak
- g. Resiko cedera
- h. Defisiensi pengetahuan
- i. Ansietas

Berikut adalah diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi (Tim pokja SDKI DPP PPNI 2017) :

- a. Nyeri akut (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab : Agen pencedera fisiologis (mis : inflamasi, iskemia, neoplasma).

Batasan Karakteristik : Kriteria Mayor :

- a) Subjektif : mengeluh nyeri.
- b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis : waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Kriteria Minor :

- a). Subjektif : tidak ada
- b). Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafus makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi Klinis Terkait :

- a) Kondisi pembedahan

- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

b. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab : peningkatan tekanan darah Batasan Karakteristik :

Kriteria Mayor :

- 1) Subyektif : (tidak tersedia)
- 2) Objektif : pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Kriteria Minor :

- 1) Subyektif : parastesia , nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)
- 2) Objektif : edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle- brachial <0,90 , bruit femoralis

Kondisi klinis terkait :

- 1) Tromboflebitis
- 2) Diabetes mellitus
- 3) Anemia
- 4) Gagal jantung kongestif
- 5) Kelainan jantung congenital
- 6) Thrombosis arteri
- 7) Varises
- 8) Thrombosis vena dalam
- 9) Sindrom kompartemen

c. Hipervolemia (D.0022)

Definisi: peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler.

Penyebab: gangguan mekanisme regulasi Batasan karakteristik :

Kriteria Mayor :

- 1) Subyektif : ortopnea , dispnea, paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)

2) Objektif : Edema anasarka dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, jugular venous pressure (JVP) dan/atau Central Venous pressure (CVP) meningkat , refleks hepatojugular positif.

Kriteria Minor :

- 1) Subyektif : (tidak tersedia)
- 2) Objektif : Distensi vena jugularis, suara nafas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output, kongesti paru.

Batasan karakteristik :

Kondisi klinis terkait :

- 1). Penyakit ginjal : gagal ginjal akut/ kronis, sindrom nefrotik
 - 2). Hipoalbuminemia
 - 3). Gagal jantung kongesif
 - 4). Kelainan hormone
 - 5). Penyakit hati (mis. Sirosis, asietas, kanker hati)
 - 6). Penyakit vena perifer (mis. Varises vena, thrombus vena, phlebitis)
 - 7). Imobilitas
- 2) Intoleransi aktivitas (D.0056)

Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari- hari

Penyebab : kelemahan.

Batasan karakteristik : Kriteria Mayor :

- 1) Subyektif : mengeluh lelah
- 2) Objektif : frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dan kondisi istirahat

Kriteria Minor :

- 1) Subyektif : dispnea saat / setelah aktivitas , merasa tidak nyaman setelah beraktivitas , merasa lelah.
- 2) Objektif : tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia
- 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- 4) Sianosis

Kondisi Klinis Terkait

- 1) Anemia
- 2) Gagal jantung kongesif
- 3) Penyakit jantung koroner
- 4) Penyakit katup jantung
- 5) Aritmia
- 6) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
- 7) Gangguan metabolic
- 8) Gangguan musculoskeletal

e. Defisit Pengetahuan (D.0111)

Definisi : ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu.

Penyebab : kurang minat dalam belajar

Batasan karakteristik :

Kriteria Mayor :

- 1) Subjektif : Menanyakan masalah yang dihadapi
- 2) Objektif : menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran , menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

Kriteria Minor :

- 1) Subjektif : (tidak tersedia)
- 2) Objektif : menjalani pemeriksaan yang tidak tepat , menunjukkan perilaku berlebihan (mis . apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria)

Kondisi klinis terkait

- 1) Kondisi klinis ysng baru dihadapi oleh klien
- 2) Penyakit akut
- 3) Penyakit kronis

f. Ansietas (D.0080)

Definisi : kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab : kurang terpapar informasi.

Batasan Karakteristik :

Kriteria Mayor :

- 1) Subjektif : merasa bingung , merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi , sulit berkonsentrasi.
- 2) Objektif : tampak gelisah , tampak tegang , sulit tidur .

Kriteria Minor :

- 1) Subjektif : mengeluh pusing , Anoreksia , palpitasi , merasa tidak berdaya.
- 2) Objektif : frekuensi nafas meningkat , frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat , diaphoresis , tremor , muka tampak pucat , suara bergetar , kontak mata buruk, sering berkemih , berorientasi pada masa lalu.

Kondisi Klinis Terkait :

- 1) Penyakit kronis progresif (mis. Kanker, penyakit autoimun)
- 2) Penyakit akut
- 3) Hospitalisasi
- 4) Rencana operasi
- 5) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- 6) Penyakit neurologis
- 7) Tahap tumbuh kembang

g. Resiko Penurunan curah Jantung (D.00 11)

Definisi : Beresiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Factor Risiko : Perubahan afterload Kondisi Klinis Terkait :

- 1) Gagal jantung kongesif
- 2) Sindrom koroner akut
- 3) Gangguan katup jantung(stenosis/regurgitasi aorta, pulmonalis, trikuspidalis , atau mitralis)
- 4) Atrial/ventricular septal defect
- 5) Aritmia

h. Resiko Jatuh (D.0143)

Definisi : Beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

Faktor Risiko :

- 1) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (Pada anak)
- 2) Riwayat jatuh
- 3) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)
- 4) Penggunaan alat bantu berjalan
- 5) Penurunan tingkat kesadaran
- 6) Perubahan fungsi kognitif
- 7) Lingkungan tidak aman (mis. Licin, gelap, lingkungan asing)
- 8) Kondisi pasca operasi
- 9) Hipotensi ortostatik
- 10) Perubahan kadar glukosa darah
- 11) Anemia
- 12) Kekuatan otot menurun
- 13) Gangguan pendengaran
- 14) Gangguan keseimbangan
- 15) Gangguan penglihatan (mis. Glaucoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus)
- 16) Neuropati
- 17) Efek agen farmakologis (mis. Sedasi, alcohol, anastesi umum)

Kondisi klinis terkait :

- 1). Osteoporosis
- 2). Kejang
- 3). Penyakit sebrovaskuler
- 4). Katarak
- 5). Glaucoma
- 6). Demensia
- 7). Hipotensi
- 8). Amputasi
- 9). Intoksikasi
- 10). Preeklampsi

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018). Menurut Nurarif & Kusuma (2015) dan Tim pokja SDKI PPNI (2017)

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (mis:iskemia)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)

- 1) Pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 2
- 2) Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang
- 3) Pasien dapat beristirahat dengan nyaman Rencana tindakan : (Manajemen nyeri I.08238)
 - 1) Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri
 - 2) Identifikasi skala nyeri
 - 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - 4) Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur,terapi musik hopnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing,kompres hangat/dingin)
 - 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan)
 - 6) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - 7) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri
 - 8) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat

Kriteria hasil : Perfusi perifer (L.02011)

- 1) Nadi perifer teraba kuat
- 2) Akral teraba hangat
- 3) Warna kulit tidak pucat

Rencana tindakan : Pemantauan tanda vital (I.02060)

- 1) Memonitor tekanan darah
- 2) Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)
- 3) Memonitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)
- 4) Memonitor suhu tubuh
- 5) Memonitor oksimetri nadi
- 6) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital
- 7) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- 8) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

c. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat

Kriteria hasil : (keseimbangan cairan L. 03020)

- 1) Terbebas dari edema
- 2) Haluaran urin meningkat
- 3) Mampu mengontrol asupan cairan

Rencana tindakan : (Manajemen hipervolemia I.03114)

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)
- 2) Monitor intake dan output cairan
- 3) Monitor efek samping diuretik (mis : hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)
- 4) Batasi asupan cairan dan garam
- 5) Anjurkan melapor haluaran urin $<0,5$ mL/kg/jam dalam 6 jam
- 6) Ajarkan cara membatasi cairan
- 7) Kolaborasi pemberian diuretic

d. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil : toleransi aktivitas (L.05047)

- 1) Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari
- 2) Pasien mampu berpindah tanpa bantuan
- 3) pasien mengatakan keluhan lemah berkurang Rencana tindakan :
(Manajemen energi I.050178)

- 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 2) Monitor pola dan jam tidur
- 3) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
- 4) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan
- 5) Anjurkan tirah baring
- 6) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara
- 8) meningkatkan asupan makanan

e. Defisit pengetahuan b.d kurang minat dalam belajar

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria Hasil : Tingkat pengetahuan (L.12111)

- 1) Pasien melakukan sesuai anjuran
- 2) Pasien tampak mampu menjelaskan kembali materi yang disampaikan
- 3) Pasien mengajukan pertanyaan

Rencana Tindakan : Edukasi kesehatan (I.12383)

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 5) Berikan kesempatan untuk bertanya
- 6) Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

- 7) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

f. Ansietas b.d kurang terpapar informasi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun

Kriteria hasil : Tingkat ansietas (L.09093)

- 1) Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya
- 2) Pasien tampak tenang
- 3) Pasien dapat beristirahat dengan nyaman

Rencana Tindakan : Reduksi ansietas (I.09314)

- 1) identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)
- 2) gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman
- 3) informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan , dan prognosis

g. Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan curah jantung meningkat

Kriteria hasil : curah jantung (L.02008)

- 1) Tanda vital dalam rentang normal
- 2) Nadi teraba kuat
- 3) Pasien tidak mengeluh lelah

Rencana tindakan : (Perawatan jantung I.02075)

- 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxymal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)
- 2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- 3) Monitor tekanan darah
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor keluhan nyeri dada

- 6) Berikan diet jantung yang sesuai
- 7) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu
- 8) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- 9) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- 10) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

h. Risiko jatuh d.d gangguan penglihatan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun.

Kriteria Hasil : Tingkat jatuh (L.14138)

- 1) Risiko jatuh dari tempat tidur menurun
- 2) Risiko jatuh saat berjalan menurun
- 3) Risiko jatuh saat berdiri menurun

Rencana Tindakan : Pencegahan jatuh (I.14540)

- a. Identifikasi factor risiko (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik. Gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
- b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
- c. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Morse scale, humpty dumpty)
- d. Pasang handrail tempat tidur
- e. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpidah.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2015). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang

mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Jenis Implementasi Keperawatan Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

- a. Independent Implementations adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.
- b. Interdependen/Collaborative Implementations Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.
- c. Dependent Implementations Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi.

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Tarwoto & Wartonah, 2015)

Menurut Tarwoto & Wartona (2015) terdapat 2 jenis evaluasi :

a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori) dan perencanaan.

Komponen catatan perkembangan, antara lain sebagai berikut: Kartu SOAP (data subjektif, data objektif, analisis/assessment, dan perencanaan/plan) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang.

- 1) S (Subjektif): data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- 2) O (Objektif): data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.
- 3) A (Analisis/assessment): Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, dimana analisis ada 3, yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.
- 4) P (Perencanaan/planning): perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan periode yang telah ditentukan.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai

dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

Adapun tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan pada tahap evaluasi meliputi:

- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian/masalah sebagian teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi : jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/diagnosa keperawatan baru (Tarwoto & Wartonah, 2015).

