

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Hipertensi

2.1.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau yang biasa dikenal dengan tekanan darah tinggi adalah suatu kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolic melebihi batas normal. Tekanan darah normal adalah kurang dari 120 mmHg untuk sistolik dan kurang dari 80 mmHg untuk diastolik. Seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah sistolik mencapai ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg secara berulang atau persisten. (Nugraha, 2021)

2.1.2 Etiologi Hipertensi

Hipertensi tidak memiliki etiologi dengan spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon terhadap meningkatnya curah jantung dan meningkatnya tekanan perifer. Namun, terdapat berbagai faktor yang berkontribusi secara khusus terhadap terjadinya hipertensi, antara lain: merokok, asupan garam yang tinggi, gaya hidup tidak sehat, kebiasaan makan yang tidak teratur, kegiatan fisik yang kurang, usia, obesitas, mengonsumsi minuman beralkohol, dan faktor genetik (Marhabatsar, 2021)

Menurut (Saputra, 2023) berdasarkan etiologinya hipertensi terbagi menjadi dua yakni hipertensi primer dan hipertensi sekunder, sebagai berikut:

a. Hipertensi primer (Esensial)

Hipertensi primer yakni sebuah keadaan dimana tekanan darah meningkat diatas normal tanpa diketahui penyebabnya. 90% kasus hipertensi yang diklasifikasikan sebagai hipertensi primer. Hipertensi primer disebabkan oleh berbagai faktor, diantaranya: faktor genetic atau keturunan, usia (tekanan darah semakin tinggi seiring dengan bertambahnya usia), jenis kelamin (hipertensi lebih banyak dialami oleh laki-laki daripada perempuan), ras (orang kulit hitam lebih rentan terhadap hipertensi). Selain itu, faktor gaya hidup misalnya stress, obesitas, mengonsumsi garam yang tinggi, merokok, minum alcohol serta obat obatan juga mempengaruhi terjadinya hipertensi. (Saputra, 2023)

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder yakni penyakit dimana tekanan darah meningkat dan diketahui penyebabnya, sehingga lebih mudah dikontrol menggunakan obat. Kasus hipertensi sekunder ini hanya berkisar antara 5-8% kasus. Penyebab terjadinya hipertensi sekunder dikarenakan adanya penyakit DM, ginjal, jantung, penggunaan kontrasepsi serta penyakit lainnya (Saputra, 2023)

2.1.3 Patofisiologi

Tekanan darah timbul peningkatan resistensi perifer atau curah jantung dapat terjadi karena berbagai hal seperti, aktivitas saraf simpatik, asupan natrium yang berlebihan, peningkatan tekanan natriuretic disfungsi

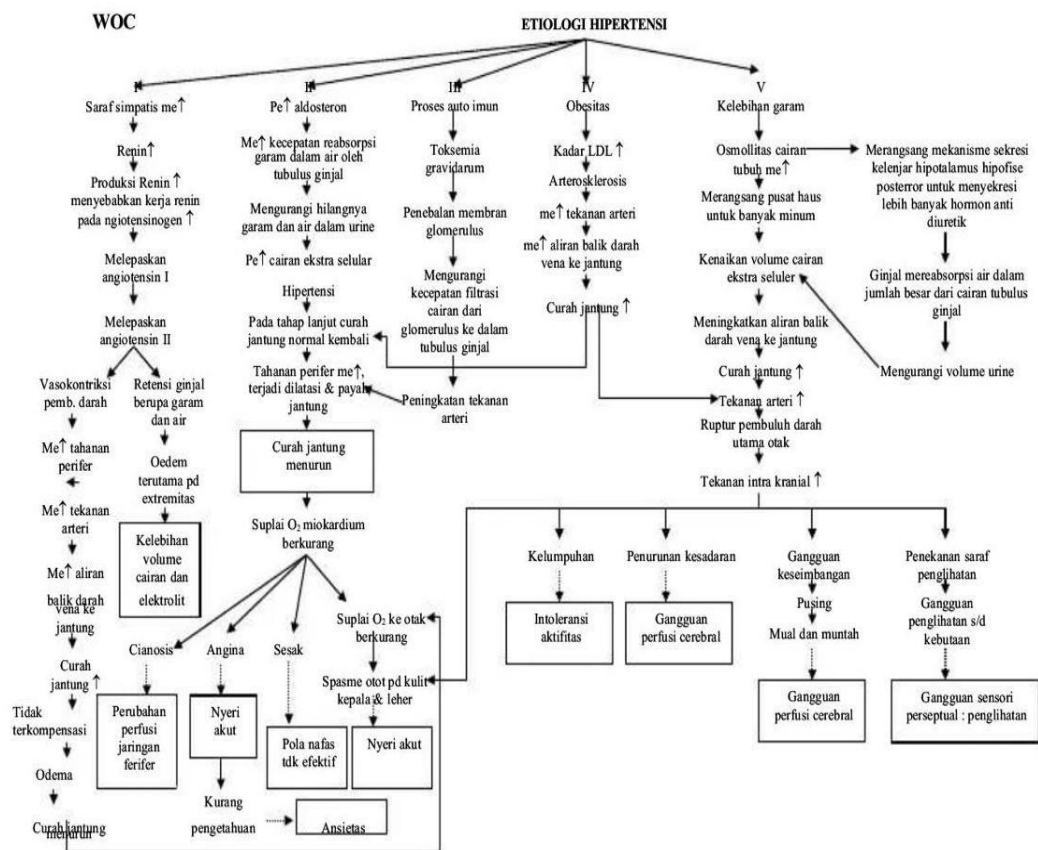
sel endotel, proses oksida nitrat, system reninangiotensin, aldosterone, obesitas, dan apnea tidur obruktif (Soares, 2023). Terjadi perubahan struktual dan fungsional pada system pembuluh perifer yang berperan dalam mengatur tekanan darah pada usia lanjut seperti perubahan elastis dinding aorta yang semakin menurun. Selain itu katup jantung yang menebal dan menjadi kaku juga dapat dipengaruhi kemampuan jantung dalam memompa darah, sehingga kontraksi dan volume darahnya menurun. Hal ini juga dapat dipengaruhi oleh meningkatnya resistensi pada pembuluh darah perifer (Zaura Tesha Az, 2023)

Proses atau patofisiologi hipertensi menurut (Hariyono, 2020) diawali dengan peningkatan tekanan darah yang dapat terjadi melalui beberapa cara, yakni:

- a. Jantung bekerja keras mengalirkan darah untuk mengedarkan banyak darah per detik.
- b. Arteri yang lebih besar menjadi kurang elastis dan kaku sehingga jantung tidak dapat memompa darah ke pembuluh darah ini dengan mudah, sebagai hasilnya, darah yang dipompa pada setiap detak jantung perlu teralirkan melewati pembuluh darah yang kecil dari umumnya, yang kemudian meningkatkan tekanan darah. Ini biasanya dialami orang tua yang mengalami penebalan serta pengerasan dinding pembuluh darah akibat arteriosklerosis.
- c. Tekanan darah meningkat apabila terjadi vasokonstriksi, yaitu bila arteriola menyempit sementara akibat impuls saraf dalam darah. Hipertensi juga

dapat disebabkan oleh pembentukan angiotensin II, suatu vasokonstriktor dengan disitesi dari angiotensin I menggunakan bantuan angiotensin-converting enzyme (ACE). ACE mempunyai peranan penting untuk pengaturan tekanan darah. Angiotensin II berperan dalam meningkatkan tekanan darah.

Bagan 2.1 ETIOLOGI HIPERTENSI



Sumber (Hariyono, 2020)

2.1.4 Tanda dan gejala

Tanda dan gejala hipertensi menurut (Zulaika, 2022), yaitu:

- a. Sering sakit kepala (biasanya pada pagi hari sewaktu bangun tidur)

Merupakan tanda dan gejala hipertensi yang paling sering terjadi. Dimana tekanan darah berada diangka 180/120 mmHg atau bahkan lebih tinggi lagi.

b. Gangguan penglihatan

Salah satu komplikasi dari tekanan darah tinggi. Tanda hipertensi dapat terjadi secara mendadak atau perlahan. Salah satu penglihatan yang dapat terjadi adalah retinopati hipertensi. Ketika terjadi peningkatan tekanan darah, pembuluh darah mata dapat pecah. Hal ini menyebabkan penurunan penglihatan mata secara tajam dan mendadak.

c. Mual dan muntah

Gejala darah tinggi yang dapat terjadi karena peningkatan tekanan di dalam kepala. Hal ini dapat terjadi akibat beberapa hal, termasuk perdarahan di dalam kepala.

d. Nyeri dada

Penderita hipertensi dapat mengalami keluhan nyeri dada. Kondisi ini terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung.

e. Sesak nafas

Keadaan ini terjadi Ketika jantung mengalami pembesaran dan gagal memompa darah.

f. Muka yang memerah

Ketika pembuluh darah dimuka melebar, area wajah akan terlihat memerah. Hal ini dapat terjadi akibat respons dari beberapa pemicu,

seperti paparan matahari, cuaca dingin, makanan pedas, angin, minuman panas.

g. Rasa pusing

Obat pengontrol tekanan darah dapat menimbulkan rasa pusing sebagai salah satu efek sampingnya. Rasa pusing yang tiba-tiba muncul, hilangnya keseimbangan atau koordinasi, dan adanya kesulitan berjalan merupakan tanda peringatan akan terjadinya stroke.

h. Mimisan

Mimisan pada umumnya terjadi saat tekanan darah sedang sangat tinggi.

2.1.5 Komplikasi

a. Stroke

Stroke dapat terjadi karena perdarahan sehingga terdapat tekanan yang tinggi pada otak, atau dapat juga disebabkan oleh pembuluh yang lepas dari pembuluh non-otak yang terpajan oleh tekanan yang tinggi. Stroke bisa terjadi pada hipertensi kronik jika arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami vasokonstriksi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah yang diperdarahi akan berkurang. Arteri pada otak akan mengalami arterosklerosis dan melemah sehingga kemungkinan dapat meningkatkan terjadinya aneurisma (Hasnawati., 2021)

b. Infark miokardium

Jika arteri coroner mengalami arterosklerotik sehingga tidak dapat menyuplai oksigen yang cukup ke miokardium atau jika thrombus

terbentuk dan menyumbat aliran darah yang melalui pembuluh darah tersebut, maka dapat menyebabkan infark miokardium. Infark yang disebabkan oleh iskemia jantung umumnya terjadi pada hipertensi kronik (Hasnawati., 2021)

c. Gagal ginjal

Kerusakan progresif akibat tekanan yang tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus dapat menyebabkan penyakit gagal ginjal, rusaknya glomerulus, maka darah akan mengalir ke unit fungsional ginjal dan nefron akan terganggu, serta dapat berlanjut ke hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma menjadi berkurang dan menyebabkan edema yang sering dijumpai pada penderita hipertensi kronik (Hasnawati., 2021; Hasnawati, 2021)

d. Enseleofati (kerusakan otak)

Enseleofati terjadi terutama pada hipertensi yang meningkat dengan cepat (hipertensi maligna). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong ke dalam ruang interstisium diseluruh susunan saraf pusat. Neuron disekitarnya dapat terjadi kolaps hingga menyebabkan koma serta kematian (Hasnawati., 2021)

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk kasus hipertensi yaitu:

- a. Hemoglobin atau hematokrit pemeriksaan ini dilakukan untuk mengkaji hubungan antara sel-sel dengan viskositas (volume cairan), selain itu pemeriksaan ini juga dapat digunakan untuk mengindikasi faktor-faktor resiko yang kemungkinan dapat terjadi yaitu hiperkoagulabilitas dan anemia.
- b. BUN (*Blood Urea Nitrogen*) pemeriksaan ini dilakukan untuk memberikan Gambaran mengenai perfusi ginjal glukosa hiperglikemi (yang akan mengakibatkan diabetes melitus, dan diabetes melitus merupakan salah satu faktor pencetus hipertensi) yang dapat diakibatkan oleh peningkatan katekolamin.
- c. Kalsium serum pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya peningkatan kadar kalsium serum karena peningkatan kadar kalsium serum merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi.
- d. Pemeriksaan kadar aldosterone urin atau serum pemeriksaan ini dilakukan untuk mengkaji aldosteronisme primer.
- e. IVP (*Intravena Pyelography*) pemeriksaan ini dilakukan untuk mengidentifikasi penyakit penyebab terjadinya hipertensi seperti batu ginjal atau batu ureter.
- f. Rontgen pemeriksaan ini dapat digunakan untuk melihat obtruksi klasifikasi pada area katup dan terjadinya pembesaran jantung.
- g. CT scan pemeriksaan ini digunakan untuk melihat ada atau tidaknya tumor selebral. (Kusuma, 2020)

2.1.7 Penataklaksanaan

a. Penatalaksanaan non-farmakologis

Mengurangi asupan garam dan menurunkan berat badan adalah langkah pertama dalam mengobati tekanan darah tinggi. Membatasi asupan garam hingga 60 mmol per hari berarti tidak ada garam yang ditambahkan ke makanan. Hal ini akan sulit diterapkan karena akan sangat mengurangi asupan garam dan secara drastis mempengaruhi kebiasaan makan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa diet rendah lemak dapat mengurangi risiko penyakit kardiovaskuler. Aktivitas fisik secara teratur dapat menurunkan resistensi perifer dan menurunkan tekanan darah. Perubahan gaya hidup lainnya untuk menghindari faktor risiko seperti merokok, alkohol, hiperlipidemia dan stres. Merokok dan alkohol dapat meningkatkan tekanan darah, sehingga menghindari merokok dan alkohol berarti menghindari risiko tekanan darah tinggi. Relaksasi, seperti meditasi, yoga atau hipnosis dapat mengontrol sistem saraf otonom dengan menurunkan tekanan darah dan ada teknik pijat lainnya (pijatan lembut pada area yang nyeri tanpa tekanan kuat), kompres panas atau dingin, posisi tidur yang nyaman dengan meletakkan bantal di tempat yang nyaman, hiburan/pengalihan seperti mendengarkan musik, relaksasi pernapasan dalam, aromaterapi (Smeltzer, 2019)

b. Penatalaksanaan farmakologis atau pengobatan hipertensi

Keputusan untuk memulai obat antihipertensi didasarkan pada

beberapa faktor, seperti peningkatan tekanan darah, adanya kerusakan organ target dan gejala klinis penyakit kardiovaskuler atau faktor risiko lainnya. Jika pasien dengan hipertensi ringan berisiko tinggi (pria, perokok) atau jika tekanan darah diastolik secara konsisten di atas 85 atau 95 mmHg dan sistolik di atas 130 sampai 139 mmHg, pengobatan harus dimulai. Jenis obat hipertensi yaitu sebagai berikut:

1. Diuretik

Obat ini bekerja dengan meningkatkan jumlah urin yang dihasilkan dan melepaskan natrium (garam) melalui urin. Diuretik juga dapat menyebabkan efek samping seperti kelelahan, kram kaki dan masalah jantung. Obat yang termasuk diuretik, yaitu chlorothiazide, chlorthalidone, hydrochlorothiazide (HCT), indapamide, metolazone, amiloride, dll.

2. Beta Bloker

Beta Bloker ini bekerja dengan menghambat kerja hormon stres, yaitu adrenalin di jantung dan pembuluh darah. Efek sampingnya seperti kelelahan dan lesu, kaki lemah, kaki dan tangan dingin. Obat yang termasuk yaitu abutolol, alprenolol, propranolol, timolol, pindolol dan lain-lain.

3. Antagonis Kalsium

Antagonis kalsium mengurangi jumlah kalsium yang memasuki dinding pembuluh darah dan sel otot jantung serta mengurangi ketegangan otot. Ketegangan otot yang berkurang ini

menyebabkan penurunan tekanan darah. Efek samping termasuk sakit kepala, kemerahan dan pembengkakan pada pergelangan kaki. Golongan obat tersebut antara lain nifedipine, diltiazem, verapamil, amlodipine, felodipine, dan nicardipine.

a. Penghambat enzim konversi Angiotensin (*Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor* atau *ACE Inhibitor*)

ACE inhibitor menghambat zat yang diproduksi oleh ginjal yang mempersempit arteri kecil. Efek samping tekanan darah turun drastis, pengecap melemah dan batuk yang menggelitik. Contohnya adalah losartan, valsartan dan irbesartan.

b. Vasodilator

Bekerja secara langsung dengan melebarkan pembuluh darah. Efek samping vasodilator cenderung meningkatkan detak jantung dan menyebabkan pembengkakan pergelangan kaki. Obat yang termasuk seperti doksazosin, prazosin, hidralazin, minoksidil, diazolid dan sodium nitroprusid.

c. Golongan penghambat simpatetik

Penghambatan aktivitas simpatis dapat terjadi di pusat vasomotor otak, misalnya dengan pemberian metildopa dan clonidine atau pada ujung saraf perifer, seperti reserpin dan guanethidine (Smeltzer, 2019)

2.1.8 Klasifikasi Hipertensi

Hipertensi diklasifikasikan menurut gejalanya dibedakan menjadi dua yaitu hipertensi benigna dan hipertensi maligna. Hipertensi benigna merupakan hipertensi yang tidak menimbulkan gejala, biasanya ditemukan saat penderita melakukan checkup. Sedangkan hipertensi maligna adalah keadaan hipertensi yang membahayakan yang biasanya disertai dengan keadaan kegawatan sebagai akibat komplikasi dari organ seperti otak, jantung dan ginjal ((Hastuti, 2020)

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah sistol (mmHg)	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Hipotensi	<90	<60
Normal	<120	<80
Pra-hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi derajat 1	>160	>100
Hipertensi derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi derajat 3	>180	>110

Sumber Perhimpunan Hipertensi Indonesia. 2019.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi

2.2.1 Pengkajian

Menurut (Suprpto, 2022) pengkajian umum yang dilakukan meliputi:

a. Identitas klien

Identitas klien mencakup: nama, umur, jenis kelamin, Pendidikan, agama, pekerjaan, suku bangsa, status, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor, rekam medik, dan diagnosa medis.

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering dialami oleh klien yang mengalami hipertensi antara lain: Sakit kepala, cemas, pening, kekakuan leher, penglihatan kabur, dan mudah merasa lelah.

- a) *Provoking incident*: Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b) *Quality of pain*: Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti berdenyut atau menusuk.
- c) *Region: Radiation, relief*: Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau,menyebar, dan Dimana rasa sakit terjadi.
- d) *Severity (scale) of pain*: Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e) *Time*: Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

2. Riwayat Kesehatan sekarang

Pada klien yang mengalami kenaikan tekanan darah sering mengalami nyeri kepala, mual dan muntah, sesak nafas dan pandangan menjadi kabur.

3. Riwayat Kesehatan dahulu

Kaji adanya Riwayat hipertensi, jantung coroner, stroke dan juga penyakit ginjal.

4. Riwayat penyakit keluarga

Kaji riwayat keluarga yang memiliki penyakit hipertensi maka

kemungkinan besar klien juga akan memiliki penyakit hipertensi.

5. Riwayat psikososial

Kaji perasaan klien tentang penyakit yang sedang dialami dan juga amati perilaku klien terhadap Tindakan yang dilakukan terhadap dirinya sendiri.

6. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Pola nutrisi

Makanan yang disukai pada pasien hipertensi biasanya makanan tinggi garam, lemak, kolestrol, gula dengan kalori, mual muntah, perubahan berat badan (meningkat/turun) riwayat penggunaan diuretik.

b. Pola eliminasi

Seperti adanya keluhan diare, penggunaan obat pencahar, adanya perubahan BAB/BAK.

c. Pola istirahat tidur

Pada penyakit hipertensi biasanya bergejala sulit tidur dikarenakan rasa nyeri pada kepala.

d. Pola personal hygiene

Kaji kebiasaan mandi, gosok gigi, cuci rambut, dan memotong kuku, mencakup frekuensi.

e. Pola aktivitas

Pada penyakit hipertensi biasanya bergejala: kelemahan, letih nafas pendek, gaya hidup monoton. Dengan tanda-tanda:

frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea simpatis.

7. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien hipertensi biasanya pasien nampak lemah, suhu tubuh kadang meningkat, pernapasan dangkal dan nadi juga cepat, tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg.

b. Pemeriksaan fisik

Dilakukan dengan pemeriksaan fisik persistem. Pada klien hipertensi akan didapatkan hasil pemeriksaan sebagai berikut:

1. Sistem kardiovaskuler

Riwayat hipertensi, atherosclerosis, penyakit jantung kongesti/katup dan penyakit serebrovaskuler. Kenaikan tekanan darah, nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, perbedaan denyut. Frekuensi/ irama takikardia, berbagai distrima. Bunyi jantung tidak terdengar bunyi jantung I, pada dasar bunyi jantung II dan bunyi jantung III. Distensi vena jugularis/kongesti vena. Desiran vaskuler tidak terdengar diatas karotis, femoralis atau epigastrium (stenosis arteri). Ekstremitas perubahan warna kulit, suhu dingin, pengisian kapiler mungkin lambat atau tertunda.

2. Sistem pernapasan

Dikarakteristikan dengan pernapasan cepat dangkal,dan

keadaan yang menunjukkan klien sulit mendapatkan udara yang cukup, yang menekan klien, terkadang klien mengeluh adanya insomnia, gelisah, atau kelemahan, yang disebabkan oleh dispnea. Batuk dengan /tanpa pembentukan sputum riwayat merokok. Biasanya ditandai dengan distress respirasi/ penggunaan otot aksesori pernafasan, bunyi nafas tambahan, sianosis.

3. Sistem pencernaan

Kaji adanya lesi pada bibir, kelembaban mukosa, nyeri stomatitis, keluhan pada saat mengunyah. Amati bentuk abdomen, lesi, nyeri tekan, adanya masa, bising usus. Biasanya ditemukan keluhan mual, anoreksia, palpasi pada heart dan limpe biasanya mengalami pembesaran jika terjadi komplikasi.

4. Sistem perkemihan

Meliputi pemeriksaan kebersihan genetalia, ekresi, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada penggunaan kateter urine pada pasien.

5. Sistem muskuloskeletal

Kaji adanya mobilitas kekuatan otot dan gangguan-gangguan pada daerah tertentu, mengamati kekuatan otot dengan memberi penahanan pada anggota gerak.

6. Sistem endokrin

Kaji adanya pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid, apakah terdapat benjolan ataupun pembengkakan

7. Sistem persyarafan

Kaji Tingkat kesadaran, penurunan sensori, nyeri, refleks, fungsi syaraf kranial dan fungsi syaraf selebral.

8. Sistem integument

Kaji keadaan kulit meliputi tekstur, kelembaban, turgor, warna dan fungsi perabaan, kaji perubahan suhu tubuh.

8. Data psikologis

a. Status emosi

Kaji emosi klien karena proses penyakit yang tidak diketahui tidak pernah diberi tahu sebelumnya.

b. Konsep diri

Penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan memeriksa seberapa baik perilaku seseorang sesuai ideal diri.

c. Gaya komunikasi

Kaji cara klien berbicara, cara memberikan informasi, penolakan untuk respons, komunikasi nonverbal, kecocokan bahasa verbal dan nonverbal.

d. Pola coping

Merupakan suatu cara bagaimana Klien untuk mengurangi atau menghilangkan masalah yang dihadapi.

9. Data spiritual

Keyakinan terhadap tuhan yang Maha Esa, harapan terhadap kesembuhan serta kegiatan spiritual yang dilakukan saat ini.

10. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan menurut (Hariyono,2020), antara lain :

a) Hemoglobin /hematokrit

Untuk mengevaluasi keterkaitan sel darah dan banyaknya cairan

b) Glukosa

Diabetes faktor yang menyebabkan tekanan darah tinggi karena pelepasan ketokolamin dalam jumlah besar.

c) Foto thorax

Menunjukkan susunan pembagian area pembesaran pada jantung.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif (2015) yang disesuaikan dengan SDKI DPP PPNI (2016): diagnosa keperawatan yang biasanya dialami pasien hipertensi, yakni:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis, iskemia) (D.0077).

Gejala tanda dan miyor:

Subjektif

- a. Mengeluh nyeri

Objektif

- a. Tampak meringis

b. Bersikap protektif

c. Gelisah

d. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Objektif:

a. Menarik diri

b. Berfokus pada diri sendiri

c. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan tekanan darah yang tidak terkontrol (D. 0017).

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D. 0022).

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

a. Ortopnea

b. Dispnea

Objektif:

a. Edema anasarca atau edema perifer

b. Berat badan meningkat dalam waktu singkat

Gejala dan tanda minor

Subjektif:

a. (*tidak tersedia*)

Objektif:

- a. Distensi vena jugularis
- b. Terdengar suara napas tambahan
- c. Kadar hb/ht turun
- d. Oliguria
- e. Hepatomegali
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D. 0056)

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

- a. Mengeluh lemah

Objektif:

- a. Frekuensi jantung meningkat $> 20\%$ dari kondisi istirahat

Gejala tanda dan minor:

Subjektif:

- a. Dispnea setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah.

Objektif:

- a. Tekanan darah berubah lebih dari 20% dari kondisi istirahat, Gambaran EKG menunjukkan aritmia, Gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.
- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar (D.0111).

Gejala tanda dan mayor:

Subjektif:

- a. Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif:

- a. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala tanda dan minor:

Subjektif:

- a. (*tidak tersedia*)

Objektif:

- a. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis: apatis, bermusuhan, agitasi, dan hysteria).
- b. Ansietas berhubungan dengan kondisi penyakit (D. 0080)

Gejala tanda dan mayor:

Subjektif:

- a. Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.

Objektif:

- a. Tampak gelisah, tampak tegang, dan sulit tidur

Gejala tanda dan minor:

Subjektif:

- a. Pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya

Objektif:

- a. Frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah

meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi masalalu.

- b. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (D. 0011).

2.2.3 Perencanaan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis agar mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, teraapeutik, edukasi dan kolaborasi. (Tim Pokja SIKI., 2019)

a. Nyeri akut (D. 0077)

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan Nyeri Akut

Diagnosa keperawatan	Tindakan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang	Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil: Tingkat nyeri (L.08066) -Keluhan nyeri menurun - Skala nyeri menurun - Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi - Identifikasi Lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, frekuensi, dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri yang terjadi - Identifikasi respons nyeri non verbal	Observasi Untuk mengetahui Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri -Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien - Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan baik melalui verbal atau nonverbal. - Untuk mengetahui efek samping

<p>dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi) -Agen pencedera fisik <p>Gejala tanda dan miyor :</p> <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mengeluh nyeri <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tampak meringis -Bersikap protektif -Gelisah -Sulit tidur <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> -Menarik diri -Berkonsentrasi pada diri sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Memonitor TTV <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan Teknik non farmakologi relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri. - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenai penyebab, periode dan pemicu nyeri. - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi analgetic, jika perlu 	<p>analgesik yang mungkin dirasakan pasien.</p> <p>-Untuk mengetahui pemantauan TTV</p> <p>Terapeutik</p> <p>-Agar pasien mau dan mampu memotivasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan</p> <p>- Untuk mengurangi faktor yang dapat memperberat rasa nyeri.</p> <p>Edukasi</p> <p>-Agar pasien mengetahui tentang penyebab,periode,dan pemicu nyeri ,sehingga klien dapat mengantisipasi dan mengambil Keputusan terkait nyeri yang dirasakan</p> <p>- Agar pasien dapat mengetahui teknik nonfarmakologis untuk meredakan dan mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>-Untuk meningkatkan proses penyembuhan dengan pemberian analgetic yang tepat sehingga tidak terjadi resistensi terhadap obat</p>
---	---	---	---

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

b. Resiko perfusi selebral (D. 0017)

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan Resiko perfusi selebral

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perfusi selebral berhubungan dengan tekanan darah yang tidak terkontrol (D. 0017)	Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi selebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil: Perfusi selebral (L.02014) -sakit kepala menurun -gelisah menurun -tekanan darah menurun	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) Observasi - Identifikasi penyebab peningkatan TIK - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor status pernapasan Terapeutik - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Berikan posisi semi fowler Kolaborasi - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu	Observasi -Untuk mengetahui peningkatan TIK -Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK -Pemantauan sesak napas atau henti napas Terapeutik -Rangsangan aktivitas yang meningkat dapat meningkatkan TIK -Mencegah terjadinya aliran darah baik Kolaborasi -Memperbaiki sel yang masih viabel

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

c. Hipervolemia (D. 0022)

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan Hipervolemia

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D. 0022) Definisi : Peningkatan volume cairan intravaskuler,	Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam diharapkan hipervolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil : Keseimbangan	Manajemen hipervolemia (I.03114) Observasi -Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema)	Observasi - Dapat mengindikasikan adanya gagal jantung, kerusakan ginjal atau vaskular. -Untuk mengetahui

intersial, dan intraseluler. Penyebab : a. Gangguan mekanisme regulasi b. Kelebihan asupan cairan c. Kelebihan asupan natrium d. Gangguan aliran balik vena e. Efek agen farmakologis Gejala dan tanda mayor : Subjektif -Ortopnea -Dispnea Objektif -Edema anasarka dan atau edema perifer -Berat badan meningkat dalam waktu singkat Gejala tanda dan minor : Subjektif : -(tidak tersedia) Objektif -Distensi vena jugularis -Terdengar suara napas tambahan -Kadar hb/ht turun -Oliguria -Hepatomegali	cairan (I.03020) -Terbebas dari edema -Haluaran urin meningkat -Mampu mengontrol asupan cairan	-Identifikasi penyebab hipervolemia -Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah) -Monitor intake dan output cairan -Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium) -Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein) -Monitor kecepatan infus secara ketat Terapeutik -Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama -Batasi asupan cairan dan garam -Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 Edukasi -Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1kg dalam sehari -Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan -Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi -Kolaborasi pemberian diuretik -Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik	penyebab dari terkena hipervolemia -Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, ataupun seimbang -Untuk mengetahui kandungan cairan dalam darah -Untuk menghindari kelebihan cairan yang masuk ke dalam tubuh Terapeutik -Untuk mengetahui perkembangan berat badan -Untuk mengurangi cairan dalam tubuh -Untuk memberikan posisi nyaman pada pasien Edukasi -Agar dapat segera mendapatkan penanganan sesuai perkembangan -Agar pasien bisa mengukur cairan tubuhnya sendiri -Agar pasien bisa membatasi diri Kolaborasi -Untuk mempercepat laju pembenukan urin -Agar kalium dalam tubuh tetap terjaga
--	--	--	---

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

d. **Intoleransi aktivitas (D. 0056)**

Tabel 2.4 Perencanaan Keperawatan Intoleransi aktivitas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D. 0056)</p> <p>Definisi Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>Penyebab :</p> <p>a. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> <p>b. Tirah baring</p> <p>c. Kelemahan</p> <p>d. Imobilitas</p> <p>e. Gaya hidup monoton</p> <p>Gejala tanda dan miyor : Subjektif - Mengeluh lemah</p> <p>Objektif - : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat</p> <p>Gejala tanda dan minor : Subjektif - dispnea setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah.</p> <p>Objektif - tekanan darah berubah lebih dari 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : toleransi aktivitas (L.05047)</p> <p>-Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>-Pasien mampu berpindah tanpa bantuan -Pasien mengatakan keluhan lemah berkurang</p>	<p>Manajemen energi (I.050178)</p> <p>-Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dan emosional</p> <p>-Monitor kelelahan fisik</p> <p>-Monitor pola tidur</p> <p>-Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>-Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>-Lakukan latihan gerak rentang pasif dan aktif</p> <p>-Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>-Fasilitasi tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>- Anjurkan tirah baring</p> <p>- Anjurkan melakukan aktifitas yang secara bertahap</p> <p>- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan</p>	<p>Observasi</p> <p>-Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan</p> <p>- Untuk mengetahui tingkat kelelahan dan tingkat emosi pasien</p> <p>- Mengkaji perlunya mengidentifikasi intervensi yang tepat</p> <p>- Untuk mengetahui lokasi dan Tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>- Meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis.</p> <p>-Untuk meningkatkan dan melatih masa otot dan gerak ekstremitas pasien</p> <p>-Untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien</p> <p>-Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat</p> <p>Edukasi</p> <p>-Untuk memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat</p>

-Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap
 -Agar perawat bisa dengan segera mengkaji dan merencanakan kembali tindakan keperawatan yang bisa diberikan

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

e. Defisit pengetahuan (D. 0111)

Tabel 2.5 Perencanaan Keperawatan Defisit pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar (D.0056) Definisi Kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Penyebab :	Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : Pengetahuan (L.12111) - Pasien melakukan sesuai anjuran - Pasien tampak mampu menjelaskan kembali materi yang didampai - Pasien mampu mengajukan pertanyaan	Edukasi kesehatan (I12383) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	Observasi - Memahami kemampuan pasien dalam menerima informasi - Untuk dapat menjaga perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik - Mempermudah dalam memberikan pendidikan kesehatan - Untuk dapat melakukan pendidikan kesehatan diwaktu yang tidak mengganggu - Agar terdapat feedback dan pendidikan

mayor: Subjektif: -Menanyakan masalah yang dihadapi Objektif: -Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala tanda dan minor : Subjektif: (<i>tidak tersedia</i>) Objektif: -Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis: apatis, bermusuhan, agitasi, dan hysteria).	kesehatan berhasil Edukasi - Agar mengetahui faktor resiko yang terjadi pada dirinya - Agar bisa melakukan perilaku hidup bersih dan sehat
---	--

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

f. Ansietas (D. 0080)

Tabel 2.6 Rencana Keperawatan Ansietas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ansietas berhubungan dengan kondisi penyakit (D.0080) Definisi : Pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebab : a. Krisis situasional b. Kebutuhan	Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun Kriteria hasil: Tingkat ansietas (L.09093) - Pasien mengatakan telah memahami penyakitnya - Pasien tampak tenang - Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	Redukasi ansietas (I.09314) Observasi - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kmis: kondisi, waktu, stressor) -Identifikasi kemampuan mengambil keputusan -Monitor tanda-tanda ansietas (verbal & non verbal) Terapeutik -Ciptakan suasana	Observasi - Mengetahui tingkat kecemasan yang dapat berubah-ubah -Agar dapat membandingkan pengambilan keputusan pasien awal dan saat ini -Untuk dapat memperhatikan kondisi pasien Terapeutik -Agar pasien dapat merasakan

tidak terpenuhi	teapeutik untuk	kenyamanan saat
c. Krisis	menumbuhkan	mengungkapkan
maturasional	kepercayaan	perasaanya
d. Ancaman	-temani pasien untuk	-Untuk mengurangi
terhadap konsep	mengurangi	rasa cemas pada
diri	kecemasan	pasien
Gejala tanda dan	-Pahami situasi yang	-Untuk
mayor :	membuat ansietas	mengantisipasi
Subjektif:	-Dengarkan dengan	kenyamanan
-Merasa bingung,	penuh perhatian	kondisi pasien
merasa khawatir	-Gunakan pendekatan	-Untuk
dengan akibat dari	yang tenang dan	menimbulkan rasa
kondisi yang	menyakinkan	nyaman pada
dihadapi, sulit	-Tempatkan barang	pasien
berkonsentrasi.	pribadi yang	-Agar pasien
Objektif:	memberikan	merasa
- Tampak gelisah,	kenyamanan	diperhatikan
tampak tegang, dan	-Motivasi	-Untuk
sulit tidur.	mengidentifikasi	menumbuhkan rasa
Gejala tanda dan	situasi yang memicu	saling percaya satu
minor :	kecemasan	sama lain
Subjektif:	-Diskusikan	-Untuk
-Pusing, anoreksia,	perencanaan realistis	memfasilitasi
palpitasi, merasa tidak	tentang peristiwa yang	kenyamanan pasien
berdaya. Objektif:	akan datang	-Memberikan
-Frekuensi nafas	Edukasi	support agar pasien
meningkat, frekuensi	-Informasikan secara	tidak merasa
nadi meningkat,	faktual mengenai	bingung
tekanan darah	diagnosis,pengobatan.	-Memberikan
meningkat,		penjelasan kepada
diaphoresis, tremor,		pasien untuk
muka tampak pucat,		mengetahui apa
suara bergetar, kontak		penjelasan sesuai
mata buruk, sering		dengan pasien
berkemih, berorientasi		Edukasi
pada masa lalu.		- Obat ansietas
		dapat menurunkan
		tingkat kecemasan.

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

g. Resiko penurunan curah jantung (D. 0011)

Tabel 2.7 Perencanaan Keperawatan Resiko penurunan curah jantung

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Resiko penurunan jurah jantung berhubungan dengan perubahan aferload (D. 0011)</p> <p>Definisi</p> <p>Beresiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.</p> <p>Penyebab :</p> <p>a. Perubahan afterload.</p> <p>b. Perubahan frekuensi jantung</p> <p>c. Perubahan irama jantung</p> <p>d. Perubahan kontraktilitas</p> <p>e. Perubahan preload</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Curah jantung (L.02008)</p> <p>-Tanda vital dalam rentang normal</p> <p>-Nadi teraba kuat - Pasien tidak mengeluh lelah</p>	<p>Perawatan jantung (I.02075)</p> <p>Observasi</p> <p>- Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis: dispnea, kelelahan, edama, ortopnea, paroxymal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP)</p> <p>- Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis: peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</p> <p>- Monitor tekanan darah</p> <p>- Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>Terapeutik</p> <p>- Berikan diet jantung yang sesuai (pembatasan air dan natrium)</p> <p>- Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>- Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi</p> <p>- Anjurkan</p>	<p>Observasi</p> <p>- Mengetahui terdapat adanya sesak, pembengkakan yang terjadi pada jantung, dan apakah adanya peningkatan CVP pada jantung yang mengakibatkan kelebihan volume cairan dalam tubuh.</p> <p>- Denyutan vena jugularis, denyutan pada tungkai mungkin menurun, mencerminkan efek dari vasokonstriksi dan kongesti vena, adanya pucat, dan masa pengisian kapiler lambat mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi atau mencerminkan dekompensasi atau penurunan curah jantung.</p> <p>- Perbandingan dari tekanan darah memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan atau bidang masalah vascular</p> <p>- Mengetahui adanya penyakit jantung</p> <p>Terapeutik</p>

beraktifitas fisik secara bertahap Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu	- Mencegah retensi cairan dan edema akibat penurunan kontraktilitas jantung. - Untuk merileksan pikiran, kecemasan Edukasi - Menurunkan koplikasi tirah baring - Minimalkan atrofi oto, meningkatkan sirkulasi, dan mencegah terjadinya kontraktur. Kolaborasi - Dapat membantu untuk mengatasi irama jantung yang tidak normal
---	---

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

2.2.4 Pelaksanaan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Implementasi Keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan intervensi/ rencana keperawatan. Dalam pelaksanaannya harus ada Standar Prosedur Operasional (SPO) atau panduan dalam melakukan implementasi (C. F. Purba, 2020).

Fase implementasi perawat melakukan pendampingan pada klien dalam merefleksikan intervensi/ perencanaan yang sudah disusun sesuai dengan skala prioritas yang telah disepakati dengan klien. kemudian pada tahap evaluasi seorang perawat harus mampu membimbing klien sehingga klien mampu menentukan tujuan selanjutnya dalam identifikasi masalah yang dialami klien (C. F. Purba, 2020)

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Dewi Kurniati, 2019). Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (Dewi Kurniati, 2019)

2.3 Konsep Nyeri Akut Pada Pasien Hipertensi

2.3.1 Pengertian nyeri akut menurut SDKI

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang berkaitan dengan kerusakan jaringan nyata (actual) atau potensial, dengan onset mendadak atau lambat, serta memiliki

intensitas ringan hingga berat.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.3.2 Penyebab nyeri akut

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, lakemia,neoplasma).
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar,terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

2.3.3 Gejala dan tanda nyeri akut

- a. Gejala dan tanda mayor
 1. Subjektif: Mengeluh nyeri
 2. Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- b. Gejala dan tanda mayor
 1. Subjektif: (tidak tersedia)
 2. Objektif: Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri.

2.3.4 Kondisi klinis terkait

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom coroner akut
- e. Glukoma (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.3.5 Pengkajian skala nyeri

Tabel 2.8 Pengkajian skala nyeri

No.	Pengkajian	Deskripsi	Pertanyaan Pengkajian
1.	<i>Provokasi Incident P</i>	Pengkajian untuk menentukan faktor atau peristiwa yang mencetuskan nyeri	<ul style="list-style-type: none"> - Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri? - Apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik? - Apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul? - Apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur?
2.	<i>Quality Of Pain Q</i>	Pengkajian keluhan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri? - Apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya).
3.	<i>Region Referred R</i>	Pengkajian untuk menentukan area atau lokasi keluhan nyeri	Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik?
4.	<i>Severity Scale Of Pain S</i>	Pengkajian seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Seperti apa sakitnya? - Nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit?
5.	<i>Time T</i>	Berapa lama nyeri berlangsung, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari	<ul style="list-style-type: none"> - Kapan sakit mulai muncul? - Apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba? - Apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang? - Apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda?

Sumber Saputra M (2023) *Poltekes Kemenkes Yogyakarta*

2.3.6 Penataklaksanaan nyeri

Menurut (Forikes, 2021) manajemen nyeri adalah salah satu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri. Manajemen nyeri yang tepat haruslah mencakup penanganan secara keseluruhan, tidak hanya terbatas pada pendekatan farmakologi saja, karena nyeri juga dipengaruhi oleh emosi dan tanggapan individu terhadap dirinya, sehingga ada dua manajemen mengatasi nyeri yaitu farmakologi dan non farmakologi sebagai berikut:

- a. Farmakologi penanganan nyeri berdasarkan patofisiologi nyeri pada proses transduksi dapat diberikan anestesik lokal dan atau obat anti radang non steroid, pada transmisi impuls saraf dapat diberikan obat-obatan anestetik lokal, pada proses modulasi diberikan kombinasi anestetik lokal, narkotik, dan atau klonidin, dan pada persepsi diberikan anestetik umum, narkotik, atau paracetamol.
- b. Non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).

2.3.7 Standar Operasional Prosedur

Tabel 2. 9 Standar Operasional Prosedur Relaksasi Nafas dalam

Pengertian	Teknik relaksasi napas dalam adalah metode pernapasan yang dilakukan dengan menarik napas secara perlahan, dalam, dan terkontrol untuk membantu menenangkan tubuh dan pikiran.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu klien merasa lebih rileks dan tenang 2. Meningkatkan oksigenasi tubuh 3. Mengurangi stres dan kecemasan 4. Menurunkan tekanan darah dan detak jantung
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami nyeri akut tingkat ringan sampai dengan sedang akibat penyakit yang kooperatif. 2. Pasien yang nyeri kronis 3. Nyeri pasca operasi 4. Pasien yang mengalami stres 5. Pasien dengan hipertensi
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tensi meter 2. Stetoskop 3. Lembar observasi 4. Tempat yang nyaman dan tenang 5. Timer atau jam
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, perkenalkan diri dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien dengan teliti. 2. Pasien diberikan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan yang diberikan pasien 3. Menjaga privasi klien 4. Memberikan <i>informed consent</i> 5. Periksa nadi dan tekanan darah 6. Atur posisi pasien sehingga senyaman mungkin.
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis). 2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah

-
- prosedur
3. Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan
 4. Lakukan kebersihan 6 langkah
 5. Pasien diminta duduk atau berbaring dengan posisi yang rileks
 6. Instrusikan untuk menutup mata jika merasa lebih nyaman.
 7. Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik
 8. Tahan napas selama 4 detik untuk memberikan waktu oksigen menyebar ke dalam tubuh
 9. Hembuskan perlahan melalui mulut selama 6 detik
 10. Ulangi Langkah 1-3 sebanyak 4 kali
 11. Dokumentasikan proses.
-

Sumber Yanti Anggraeni Juli (2020)

Berdasarkan hasil dari ketiga penelitian dapat disimpulkan bahwa pengaruh Teknik relaksasi nafas dalam pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut mengalami penurunan tingkat nyeri dan penurunan tekanan darah . Sehingga penulis tertarik melakukan penelitian dengan intervensi Teknik relaksasi nafas dalam pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut.