

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HIPERTENSI
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG DAHLIA II
RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti
Kencana Bandung

Oleh :

**SUKRIADI RAHMAN
AKX.16.128**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA
2019**

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Sukriadi Rahman
NPM : AKX.16.128
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi Dengan Nyeri akut Di Ruang Dahlia II RSUD Ciamis

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pemimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, makasaya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan Tinggi.

Bandung, April 2019

Yang Membuat Pernyataan

The image shows a yellow revenue stamp from Indonesia. The stamp features the Garuda Pancasila emblem at the top right, the text 'METERAI TEMPEL' at the top, a unique identification number '78DAFF870451105', and the value '6000' with 'LAPAN RIBURUPAH' below it. A handwritten signature in black ink is written over the right side of the stamp.

Sukriadi Rahman

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HIPERTENSI DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG DAHLIA II RSUD CIAMIS**

OLEH :

SUKRIADI RAHMAN
AKX.16.128

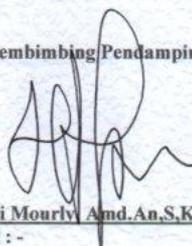
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal
seperti tertera dibawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama


Hj. Djubaedah, S.Pd., MM
NIP : 10114157

Pembimbing Pendamping


Fikri Mourly Amd.An.S.Kep
NIP : -

**Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,**


Tuti Supranti, S.Kp., M.Kep
NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HIPERTENSI DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG DAHLIA II RSUD CIAMIS**

Oleh :

**SUKRIADI RAHMAN
AKX.16.128**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Pada Tanggal 24 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

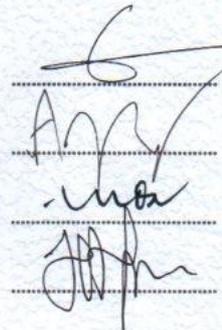
Ketua : Hj. Djubaedah, S.Pd., MM

Anggota :

1. Angga Satria Pratama, S.Kep., Ners., M.Kep

2. A. Aep Indarna, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Pd

3. Fikri Mourly Wahyudi, S.Kep



**Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung**

Ketua,

**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIP : 10107064**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler : Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Dahlia II RSUD Ciamis” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., M.Kep, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. R. Siti Jundiah, S.Kp., Ners., M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Hj. Djubaedah, S.Pd., MM, selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Fikri Mourly, Amd. An, S, Kep, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. dr. H. Aceng Solahudin Ahmad, M.Kes., selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

7. Elis Kurniasari, S.Kep., Ners., selaku CI Ruangan Dahlia II yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Kepada mereka yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis, yaitu ayahanda Riane, dan ibunda Mindah sebagai orang tua, Ain Setiawan sebagai adik, serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan dan selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
9. Teman satu kontrakan bang Petrus, om deva, Randy dan Yoga, seluruh teman seperjuangan angkatan XII 2016, senior, dan adik-adik tingkat yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.
10. Kepada Rakhmat yang telah banyak memberi kontribusi dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung 9 April 2019

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang : Data Riskesdas tahun 2013 menemukan prevalensi hipertensi di Jawa Barat sebesar 29,4%. Dan berdasarkan data rekam medik RSUD Ciamis periode Januari-Juni 2018, tercatat hipertensi menempati urutan ke-4 dengan jumlah kasus sebanyak 80 orang (10,12%). Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak dalam tiga kesempatan yang berbeda. Secara umum, seorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darah lebih tinggi dari 140/90 mmHg. Hipertensi menyebabkan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia dan terjadinya masalah nyeri akut. Nyeri akut ini bisa diatasi dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Teknik non farmakologi sendiri terdapat banyak cara salah satunya terapi massase punggung. Teknik ini sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri. **Tujuan :** mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif baik biopsikososial spiritual pada klien hipertensi dengan nyeri akut di ruang Dahlia II RSUD Ciamis. **Metode :** mengeksplorasi suatu masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan massase punggung, nyeri akut pada kedua klien teratasi pada hari ketiga. **Diskusi :** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien hipertensi. Hal ini dipengaruhi tingkat skala nyeri pada kedua klien, sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, hipertensi, massase punggung, nyeri akut

Daftar Pustaka : 13 Buku (2009-2019), 2 Jurnal (2016 dan 2013), dan 2 situs web (2015 dan 2012)

ABSTRACT

Background : Data Riskesdas in 2013 find the prevalence of hypertension in West Java at 29.4%. And based on the medical record data from Ciamis Hospital in the period of January-June 2018, hypertension was ranked 4th with the number of cases as many as 80 people (10.12%). Hypertension is abnormal blood pressure and is measured at least on three different occasions. In general, a person is considered to have hypertension if the blood pressure is higher than 140 / 90 mmHg. Hypertension is causing an increase in cerebral vascular pressure and ischemia and the occurrence of acute pain problems. This acute pain can be overcome pharmacologically and non-pharmacologically. Non-pharmacological techniques themselves have many ways, one of them is back massage therapy. This technique is very effective in reducing the level of pain. **Objective :** able to comprehend nursing care comprehensively both spiritual biopsychosocial to clients with hypertension in the Dahlia II room at Ciamis Hospital. **Method :** exploring a problem or phenomenon with detailed limitations, have deep data collection and include various sources of information. This case study was conducted on two clients with hypertension with acute pain nursing problem. **Results :** After giving nursing intervention to the back massage, acute pain in both clients was resolved on the third day. **Discussion :** clients with acute pain nursing problems do not always have the same response to each with Hypertension client. This is influenced by the level of pain scale on both clients, so nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.

Keyword: Hypertension, acute pain, back massase, nursing care

Bibliography: 13 Books (2009-2019), 2 Journals (2016 and 2013) and 2 website (2015 and 2012)

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar isi	viii
Daftar Gambar	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Teoritis	5
1.4.2 Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Penyakit	7
2.1.1 Definisi Hipertensi	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi Jantung dan Pembuluh Darah	7
2.1.3 Etiologi	11
2.1.4 Klasifikasi	12
2.1.5 Pathofisiologi	12
2.1.6 Manifestasi Klinis	15
2.1.7 Penatalaksanaan	15
2.1.8 Komplikasi	16
2.2 Konsep Nyeri	18
2.2.1 Definisi Nyeri	18
2.2.2 Fisiologis Nyeri	19
2.2.3 Klasifikasi Nyeri	22
2.2.4 Tindakan Mengatasi Ketidaknyamanan Nyeri	24
2.3 Konsep Massase	26
2.3.1 Definisi Massase	26
2.3.2 Jenis Massase	27

2.3.3 Fungsi Massase	28
2.3.4 <i>Back</i> Massase	28
2.3.5 Metode Massase	28
2.3.6 Hal Yang Perlu Diperhatiakn Saat Massase	29
2.3.7 Indikasi Massase	30
2.3.8 Kontraindikasi <i>Back</i> Massase	30
2.3.9 Telaah Jurnal Mengenai Massase Punggung	30
2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	33
2.4.1 Pengkajian	33
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	45
2.4.3 Intervensi Keperawatan	46
2.4.4 Pelaksanaan	59
2.4.5 Evaluasi	60
BAB III METODE PENELITIAN	61
3.1 Desain Penelitian	61
3.2 Batasan Istilah	61
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian	62
3.4 Lokasi dan Waktu	63
3.5 Pengumpulan Data	63
3.6 Uji Keabsahan Data	64
3.7 Analisis Data	65
3.8 Etik Penulisan KTI	67
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	69
4.1 Hasil	69
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	69
4.1.2 Asuhan Keperawatan	71
4.1.2.1 Pengkajian	71
4.1.2.2 Analisa Data	81
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan	84
4.1.2.4 Perencanaan Keperawatan	85
4.1.2.5 Implementasi Keperawatan	87
4.1.2.6 Evaluasi	91
4.2 Pembahasan	92
1. Pengkajian	92
2. Diagnosa	94
3. Intervensi	97
4. Implementasi	101
5. Evaluasi	103
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	104
5.1 Kesimpulan	104
1. Pengkajian	104
2. Diagnosa Keperawatan	105
3. Intervensi Keperawatan	106

4. Implementasi Keperawatan.....	106
5. Evaluasi.....	108
5.2 Saran.....	108
5.2.1 Institusi Rumah Sakit.....	108
5.2.1 Institusi Pendidikan.....	109

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi Jantung.....	9
Gambar 2.2	Anatomi Katup Jantung.....	10

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Hipertensi	12
Tabel 2.2	Manifestasi Klinis.....	15
Tabel 2.3	Jenis Stimulus Nyeri.....	19
Tabel 2.4	Perbedaan Serabut Saraf A-Delta dan Saraf C	21
Tabel 2.5	Intervensi Penurunan Curah Jantung Berhubungan Dengan Peningkatan Afterload, Vaokontriksi, Hipertrofi/Rigiditas Vaskuler, Iskemia Miokard.....	43
Tabel 2.6	Intervensi Nyeri Akut Berhubungan Dengan Peningkatan Tekanan Vaskuler serebral dan iskemia.....	45
Tabel 2.7	Intervensi Kelebihan Volume Cairan	46
Tabel 2.8	Intervensi Toleransi aktivitas Berhubungan Dengan Kelemahan, Ketidakseimbangan Suplai, dan Kebutuhan Oksigen.....	47
Tabel 2.9	Intervensi Ketidakefektifan Koping.....	48
Tabel 2.10	Intervensi Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak.....	50
Tabel 2.11	Intervensi Resiko Cidera.....	51
Tabel 2.12	Intervensi Defisiensi Pengetahuan.....	53
Tabel 2.13	Intervensi Ansietas.....	54
Tabel 4.1	Identitas Klien.....	68
Tabel 4.2	Riwayat Kesehatan.....	68
Tabel 4.3	Pola Aktivitas Sehari-hari.....	70
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik.....	71
Tabel 4.5	Data Psikologi.....	74
Tabel 4.6	Pemeriksaan Fisik.....	76
Tabel 4.7	Program Rencana Pengobatan.....	77
Tabel 4.8	Analisa Data.....	78

Tabel 4.9	Diagnosa Keperawatan.....	81
Tabel 4.10	Perencanaan Keperawatan.....	82
Tabel 4.11	Implementasi Keperawatan.....	85
Tabel 4.12	Evaluasi Keperawatan.....	91

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Patofisiologi.....	14
-----------	--------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Justifikasi
Lampiran II	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran III	Jurnal Penelitian I
Lampiran IV	Jurnal Penelitian II
Lampiran V	Format Review Artikel
Lampiran VI	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran VII	Lembar Observasi
Lampiran VIII	SAP Hipertensi
Lampiran IX	Leaflet Hipertensi
Lampiran X	Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

Riskesmas	: Riset Kesehatan Dasar
WHO	: World Health Organization
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CM	: Compos Mentis
CRT	: <i>Cavilari Revil Time</i>
GCS	: <i>Gasglow Coma Scale</i>
HB	: Hemoglobin
IMT	: Indeks Masa Tumbuh
IV	: Intravena
Kg	: Kilogram
Mg	: Miligram
ml	: Mililiter
N	: Nadi
R	: Respirasi
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
SOAP	: Subjectif Objectif <i>Assesment</i> Perencanaan
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda-tanda Vital

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2011 menunjukkan 1 miliar orang di dunia menderita hipertensi, 2/3 diantaranya berada di negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang (Depkes, 2017). Di dunia diperkirakan 7,5 juta kematian disebabkan oleh PKV yaitu tekanan darah tinggi. Prevalensi hipertensi akan terus meningkat tajam dan diprediksi pada tahun 2025 sebanyak 29% orang dewasa diseluruh dunia terkena hipertensi. Hipertensi telah mengakibatkan kematian sekitar 8 juta orang setiap tahun, dimana 1,5 juta kematian terjadi di Asia Tenggara yang 1/3 populasinya menderita Hipertensi sehingga dapat menyebabkan peningkatan beban biaya kesehatan, (Depkes, 2017).

Hipertensi adalah keadaan di mana tekanan darah mengalami peningkatan yang memberikan gejala berlanjut pada organ seperti otak, jantung dan ginjal. Hal ini dapat menimbulkan kerusakan yang lebih berat, misalnya stroke terjadi pada otak dan menyebabkan kematian yang cukup tinggi, penyakit jantung coroner terjadi kerusakan pembuluh darah jantung, gagal ginjal karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler glomerulus. Dan hipertrofi ventrikel kiri terjadi pada otot jantung. Hipertensi juga dapat menyebabkan penyakit gagal ginjal, penyakit pembuluh lain dan penyakit lainnya (Syahrini *et al.*, 2012).

Umumnya penyakit hipertensi terjadi pada orang yang sudah berusia lebih dari 40 tahun. Penyakit ini biasanya tidak menunjukkan gejala yang nyata dan pada stadium awal belum menimbulkan gangguan yang serius pada kesehatan penderitanya (Gunawan, 2012).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Riskesdas menemukan prevalensi hipertensi di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 25,8%. Daerah Bangka Belitung menjadi daerah dengan prevalensi hipertensi yang tertinggi yaitu sebesar 30,9%, kemudian diikuti oleh Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%) dan Jawa Barat (29,4%) (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan data Rekam Medik RSUD Ciamis periode Januari- Juni 2018, tercatat hipertensi menempati urutan ke 4 dengan jumlah kasus sebanyak 80 orang (10,12%). Walaupun penyakit hipertensi ini berada pada peringkat ke-4, tetapi masalah ini perlu penanganan yang tepat untuk mencegah timbulnya masalah lebih lanjut, seperti stroke, penyakit jantung, dan yang lainnya. Juga karena hipertensi merupakan penyakit yang tidak menular yang menjadi masalah kesehatan penting diseluruh dunia karena prevalensinya yang tinggi dan terus meningkat, juga menjadi faktor resiko ketiga terbesar penyebab kematian dini.

Hipertensi belum banyak diketahui sebagai penyakit yang berbahaya, padahal hipertensi termasuk penyakit pembunuh diam-diam, karena penderita hipertensi merasa sehat dan tanpa keluhan berarti sehingga menganggap ringan penyakitnya. Sehingga keluhan hipertensi ditemukan ketika sudah memasuki masa kronis atau menetap dan menimbulkan berbagai macam komplikasi. Komplikasi hipertensi berdasarkan target organ yang di serang, seperti

serebrovaskular, mata, kardiovaskular, ginjal, arteri perifer, maupun yang lainnya, Tentunya hal tersebut dapat menyebabkan masalah keperawatan yang serius apabila tidak cepat ditangani dengan baik. Masalah keperawatan yang akan timbul akibat hipertensi adalah nyeri akut, penurunan curah jantung, kelebihan volume cairan, Ketidakefektifan koping, intoleransi aktivitas, resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak, resiko cedera, defisiensi pengetahuan dan ansietas. Hal ini jika tidak segera ditangani, akan mengakibatkan *iskemik* jaringan otak dan bahkan menyebabkan kematian (Gunawan, 2012).

Masalah keperawatan nyeri akut bisa ditangani dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Penanganan farmakologi pada hipertensi dengan masalah nyeri akut dapat dilakukan dengan pemberian obat amlodipine dan obat vasodilator lainnya sedangkan cara penanganan nyeri akut non farmakologi yaitu dengan distraksi, relaksasi, mengubah pola hidup penderita dan latihan fisik secara ergonomik, menurut (Muttaqin 2009 dikutip dalam Saputro, 2013). Untuk teknik relaksasi dapat dilakukan dengan berbagai macam tindakan salah satunya dengan terapi massase punggung. Massage punggung dilakukan selama 5-10 menit dan dapat dilakukan sekali dalam sehari. Massase adalah suatu istilah yang digunakan untuk menerangkan manipulasi-manipulasi teretntu dari jaringan lunak badan kita. Manipulasi-manipulasi itu dilaksanakan dengan tangan secara sistematis dan bertujuan memberikan pengaruh pada sistem otot, susunan syaraf, serta sirkulasi umum setempat pada darah dan lymphe (Purwandari & Sari, 2016). Menurut jurnal “Efektifitas Massage Punggung untuk Mengurangi Nyeri Kepala

pada Penderita Hipertensi” didapatkan hasil bahwa massage punggung efektif dalam menurunkan nyeri kepala pada hipertensi.

Peranan perawat dalam melakukan tindakan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri secara non farmakologi sangat dibutuhkan karena tidak adanya efek samping bagi klien. Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri seperti terapi massase dapat melancarkan peredaran darah, selain itu juga dapat merangsang pengeluaran hormon *endorphin*, hormon ini dapat memberikan efek tenang pada pasien dan terjadi vasodilatasi pada pembuluh darah sehingga pembuluh darah pun menjadi rileks dan akan terjadi penurunan tekanan darah.

Klien dengan gangguan nyeri akut akan mengalami perubahan pada kebutuhan dasar manusia-nya, dan yang terjadi pada klien hipertensi dengan masalah nyeri akut adalah terganggunya pola aktivitasehari-hari dan pola tidur.

Mengingat kompleksnya penyakit hipertensi pada uraian di atas maka peneliti tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien *Hipertensi* dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Diruang Dahlia II RSUD Ciamis”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan keperawatan pada klien hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut diruang dahlia II RSUD Ciamis?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu memahami asuhan keperawatan secara komprehensif baik bio-psiko-sosio-spiritual pada klien dengan hipertensi di ruang Dahlia II RSUD Ciamis.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada klien secara komprehensif melalui aspek bio-psiko-sosio-spiritual.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada klien dengan hipertensi dengan masalah nyeri akut.
- c. Menyusun perencanaan prioritas masalah asuhan keperawatan pada klien dengan Hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- d. Melaksanakan tindakan dari rencana asuhan keperawatan yang telah ditetapkan, meliputi upaya peningkatan, pencegahan penyakit, penyembuhan dan pemulihan pada klien dengan hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- e. Mengevaluasi hasil keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien dengan hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah konsep atau teori yang menyokong perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan hipertensi dengan masalah nyeri akut diruang dahlia II RSUD Ciamis.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Perawat

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan acuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan hipertensi dengan nyeri akut di ruang dahlian II RSUD Ciamis.

1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi standar operasional prosedur pada klien dengan masalah keperawatan hipertensi.

1.4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan literatur dan referensi bagi mahasiswa keperawatan dalam rangka melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi.

1.4.2.4 Bagi Klien

Diharapkan hasil dari Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah pengetahuan pada asuha keperawatan hipertensi dengan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi Hipertensi

Tekanan darah tinggi (hipertensi) merupakan suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri, hiper artinya berlebihan, sedangkan tensi artinya tekanan atau tegangan. Untuk itu, hipertensi merupakan tekanan darah atau denyut jantung yang lebih tinggi dibandingkan dengan normal karena penyempitan pembuluh darah atau gangguan lainnya, (M. Asikin 2016).

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kali kesempatan yang berbeda. Secara umum, seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140/90mmHg. (Arif Muttaqien,2009).

Dari kedua pengertian diatas dapat penulis simpulkan bahwa Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal akibat penyempitan pembuluh darah.

2.1.2 Anatomi Fisiologi Jantung dan Pembuluh Darah

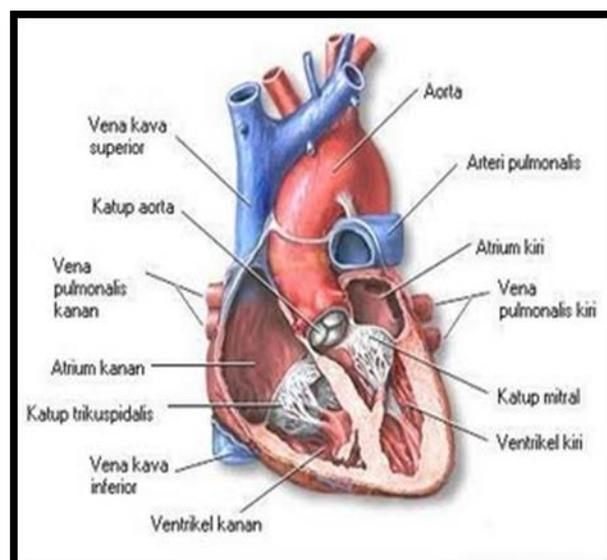
Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga dan dengan basisnya di atas dan puncaknya dibawah. *Apex*-nya (puncak) miring ke sebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram (Pearce, 2009).

1) Kedudukan Jantung

Jantung berada di dalam toraks, antara kedua paru-paru di belakang sternum dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan. Kedudukannya yang tepat dapat digambarkan pada kulit dada kita. Sebuah garis yang ditarik dari tulang rawan iga ketiga kanan, 2cm dari sternum, ke atas tulang rawan iga kedua kiri, 1cm dari sternum, menunjuk kedudukan basis jantung, tempat pembuluh darah masuk dan keluar.

Titik di sebelah kiri antara iga kelima dan keenam, atau di dalam ruang interkostal kelima kiri, 4cm dari garis medial, menunjuk kedudukan apeks jantung, yang merupakan ujung tajam ventrikel. Dengan menarik garis antara dua tanda itu maka dalam diagram berikut, kedudukan jantung dapat ditunjukkan.

Gambar 2.1
Anatomi Jantung

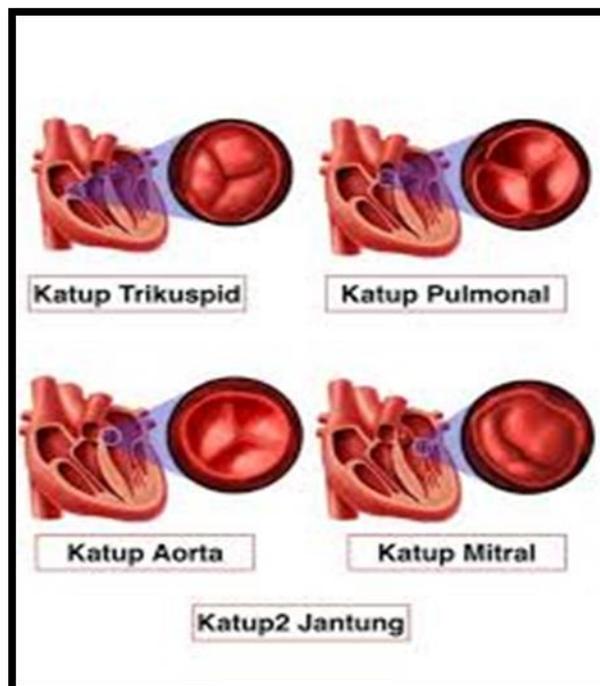


(Price dan Wilson, 2006)

1) Struktur Jantung

Jantung terbagi oleh sebuah septum (sekat) menjadi dua belah, yaitu kiri dan kanan. Setiap belahan kemudian dibagi lagi dalam dua ruang, yang atas disebut atrium, dan yang bawah disebut ventrikel. Maka di kiri terdapat 1 atrium dan 1 ventrikel, dan di kanan juga 1 atrium dan 1 ventrikel. Di setiap sisi ada hubungan antara atrium dan ventrikel melalui *lubang atrio-ventrikuler* dan pada setiap lubang tersebut terdapat katup: yang kanan bernama katup (valvula) *trikuspidalis* dan yang kiri bernama katup mitral atau katup *bikuspidalis*. Katup *atrio-ventrikel* mengizinkan darah mengalir hanya ke satu jurusan, yaitu dari atrium ke ventrikel; dan menghindari darah mengalir kembali dari ventrikel ke atrium.

Gambar 2.2



Anatomi Katup Jantung (Price dan Wilson, 2009)

Fungsi utama pembuluh darah arteri untuk mendistribusikan darah yang kaya oksigen (O_2) dari jantung keseluruh tubuh, sedangkan fungsi utama vena adalah mengalirkan darah yang membawa sisa metabolisme, dan karbon dioksida (CO_2) dari jaringan, kembali ke jantung. Pada peredaran darah paru, pembuluh arteri mengandung darah miskin oksigen (O_2) dan banyak karbon dioksida (CO_2) sedangkan vena pulmonal mengandung banyak oksigen. Darah dalam vena dapat dipompakan oleh jantung ke dalam sistem pembuluh darah arteri, kemudian kembali ke sistem vena. Kontraksi dan relaksasi jantung menimbulkan perubahan tekanan yang mampu memompakan darah dari jantung dan kembali ke jantung.

Tekanan darah sangat penting dalam sistem sirkulasi darah dan selalu diperlukan untuk daya dorong mengalirkan darah dalam arteri, arteriole, kapiler dan sistem vena sehingga terbentuk aliran darah yang menetap. Pada perekaman tekanan didalam sistem arteri, tampak kenaikan tekanan arteri sampai pada puncaknya sekitar 120 mmHg, tekanan ini disebut tekanan sistole, tekanan ini menyebabkan aorta distensi, sehingga tekanan didalamnya turun sedikit. Pada saat diastole, ventrikel tekanan aorta cenderung menurun sampai 80 mmHg, tekanan ini dalam pemeriksaan disebut diastolik. Adapun pusat pengawasan dan pengaturan perubahan tekanan darah, dipengaruhi oleh :

- a. Sistem saraf : Terdiri dari pusat yang terdapat di batang otak, diluar susunan saraf pusat, dan sistemik.

- b. Sistem humoral : Berlangsung lokal atau sistemik, seperti renin angiotensin, vasopresin, dan epinefrin.
- c. Sistem hemodinamik : Lebih banyak dipengaruhi oleh volume darah, susunan kapiler, perubahan tekanan osmotik, hidrostatis bagian luar dan dalam sistem vaskuler. (Syaifuddin, 2013).

2.1.3 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu:

- a. Hipertensi primer (Esensial)

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Faktor yang mempengaruhinya yaitu : genetik, lingkungan, hiperaktifitas sarafsimpatis sistem renin angiotensin, peningkatan natrium intraseluler. Adapun faktor resikonya adalah : obesitas, merokok, alkohol dan polistemia.

- b. Hipertensi Sekunder

Penyebab yaitu : penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom cushing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Namun hipertensi pada lansia, dapat terjadi karena :

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun
- 2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% tiap tahun sesudah berumur 20 tahun yang menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.

- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah
- 5) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

2.1.4 Klasifikasi

Menurut *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC) 2016*, klasifikasi hipertensi dibedakan menjadi :

Tabel 2.1
Klasifikasi Hipertensi

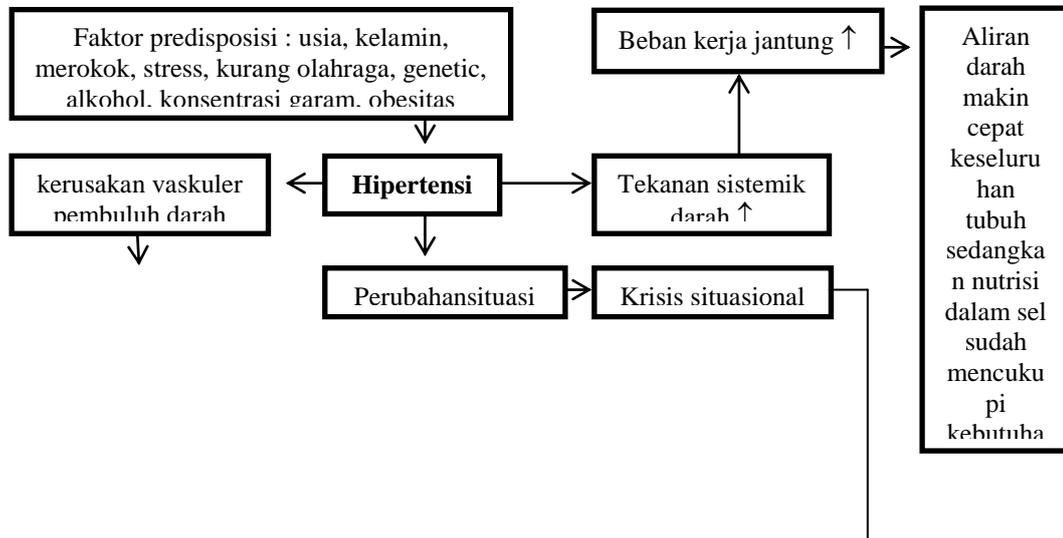
Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	Atau 80-89
Hipertensi derajat 1	140-159	Atau 90-99
Hipertensi derajat 2	≥160	Atau > 100

2.1.5 Patofisiologi

Reseptor yang menerima perubahan tekanan darah yaitu refleksi baroreseptor yang terdapat pada sinus karotis dan arkus aorta. Pada hipertensi, karena adanya berbagai gangguan genetik dan resiko lingkungan, maka terjadi gangguan neurohormonal yaitu sistem saraf pusat dan sistem renin-angiotensin-aldosteron, serta terjadinya inflamasi dan resistensi insulin dan gangguan neurohormonal menyebabkan vasokonstriksi sistemik dan peningkatan resistensi perifer. Inflamasi menyebabkan gangguan ginjal yang disertai gangguan sistem RAA yang menyebabkan resistensi garam dan air di ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume darah.

Peningkatan resistensi perifer dan volume darah merupakan dua penyebab utama terjadinya hipertensi. Pusat yang menerima impuls yang dapat mengenali keadaan tekanan darah terletak pada medula di batang otak

Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada akhirnya akan menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya yaitu kemampuan aorta dan arteri besar menjadi berkurang dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan resistensi perifer (Brunner & Suddarth dalam buku Asikin, 2016)



Bagan 2.1 Pathofisiologi (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Pengidap hipertensi menunjukkan adanya sejumlah tanda dan gejala, namun ada juga tanpa gejala. Hal ini menyebabkan hipertensi dapat terjadi secara berkelanjutan dan mengakibatkan sejumlah komplikasi.

Tabel 2.2 Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis	Deskripsi
Tidak ada gejala	Hipertensi biasanya tidak akan menimbulkan gejala. Namun, akan menimbulkan gejala setelah terjadi kerusakan organ, misalnya jantung, ginjal, otak, dan mata
Gejala yang sering kali terjadi	Nyeri kepala, pusing/migran, rasa berat di tengkuk, sulit untuk tidur, lemah, dan lelah

Sumber : *M. Asikin, 2016*

2.1.7 Penatalaksanaan Hipertensi

2.1.7.1 Farmakologi

Terapi obat pada penderita hipertensi dimulai dengan salah satu obat berikut:

- 1) Hidroklorotazid (HCT) 12,5-25 mg perhari dengan dosis tunggal pada pagi hari
- 2) Reserpin 0,1-0,25 mg sehari sebagai dosis tunggal

- 3) Propanolol mulai dari 10mg dua kali sehari
- 4) Kaptopril 12,5-25 mg sebanyak dua sampai tiga kali sehari
- 5) Nifedipin mulai dari 5mg dua kali sehari

2.1.7.2 Nonfarmakologi Hipertensi

Langkah awal biasanya dengan mengubah pola hidup penderita, yakni dengan cara: (Ardiansyah 2012)

- 1) Menurunkan berat badan sampai batas ideal
- 2) Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan, atau kadar kolesterol darah tinggi
- 3) Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap hari
- 4) Mengurangi konsumsi alkohol
- 5) Berhenti merokok
- 6) Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat.

2.1.8 Komplikasi

2.1.8.1 Stroke

Stroke dapat timbul akibat pendarahan karena tekanan tinggi di otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh darah nonotak. Stroke dapat terjadi karena hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah yang dipendarahnya menjadi berkurang. Arteri otak yang mengalami

arterosklerosis dapat melemah sehingga dapat meningkatkan terbentuknya aneurisma.

2.1.8.2 Infark Miokardium

Dapat terjadi apabila arteri koroner yang mengalami aterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang dapat menghambat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Karena terjadi hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menimbulkan perubahan waktu hantaran listrik saat melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan pembekuan darah.

2.1.8.3 Gagal Ginjal

Dapat terjadi gagal ginjal karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit fungsional ginjal neuron akan terganggu, dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin, sehingga tekanan *osmotik koloid* plasma berkurang. Hal ini menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

2.1.8.4 Ensefalopati

Atau sering juga disebut dengan kerusakan otak yang dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi akibat kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan kedalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat. Akibatnya neuron-neuron di sekitarnya menjadi kolaps dan terjadi koma serta kematian. (Ardiansyah 2012).

2.1 Konsep Nyeri

2.2.1. Definisi Nyeri

2.2.1.1. Definisi Secara Medis

Menurut Mounycastle dalam buku Prasetyo (2010) mendefinisikan Nyeri sebagai pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya ancaman atau kerusakan jaringan, dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah ketika seseorang terluka.

International Association for Study of pain dalam buku Prasetyo (2010) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan.

Menurut Arthur C. Curton dalam buku Prasetyo (2010) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika

jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri.

2.2.2 Fisiologi Nyeri

2.2.2.1. Stimulus

Nyeri Selalu dikaitkan dengan adanya stimulus (rangsang nyeri) dan reseptor. Reseptor yang dimaksud adalah *noniseptor*, yaitu ujung-ujung saraf bebas pada kulit yang berespon pada stimulus yang kuat. Munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus nyeri., Stimulus-stimulus tersebut dapat berupa biologis, zat kimia, panas, listrik, serta mekanik.

Dalam buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri yang disusun oleh Prasetyo (2010), Terdapat beberapa jenis stimulus Nyeri, diantaranya :

Tabel 2.3 Jenis Stimulus Nyeri (Prasetyo, 2010)

Faktor Penyebab	Contoh
Mikroorganisme (Virus, bakteri, jamur, dan lain-lain).	Meningitis
Kimia	Tersiram air keras
Tumor	CA mamae
Iskemia jaringan	Jaringan miokard yang mengalami iskemi karena gangguan aliran darah padaa arteri koronaria.
Listrik	Terkena sengatan listrik
Spasme	Spasme otot
Obstruksi	Batu ginjal, batu ureter, obstruksi

	usus.
Panas	Luka bakar
Fraktur	Fraktur femur
Salah urat	Keseleo, terpelintir
Radiasi	Radiasi untuk pengobatan kanker
Psikologis	Berduka, konflik, dan lain-lain.

Sumber : buku *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri tahun 2010*

2.2.2.2. Reseptor Nyeri

Reseptor merupakan sel-sel khusus yang mendeteksi perubahan-perubahan partikular disekitarnya, kaitannya dengan proses terjadinya nyeri maka reseptor-reseptor inilah yang menangkap stimulus-stimulus nyeri. Reseptor ini dapat dibagi menjadi :

1. Extroreseptor

Yaitu reseptor yang berpengaruh terhadap perubahan pada lingkungan eksternal, antara lain :

- a. Corpusculum miessineri : untuk merasakan stimulus taktil (sentuh/rabaan).
- b. Corpusculum Krause : untuk merasakan rasa dingin.
- c. Corpusculum Ruffini : untuk merasakan rangsang panas, merupakan ujung saraf bebas yang terletak di dermis dan sub kutis.

2. Telereseptor

Merupakan reseptor yang sensitif terhadap stimulus yang jauh.

3. Propioseptor

Merupakan reseptor yang menerima impuls primer dari organ otot, spindle dan tendon gigi.

4. Interoreseptor

Merupakan reseptor yang sensitif terhadap perubahan pada organ-organ visceral dan pembuluh darah.

Beberapa penggolongan lain dari reseptor sensori, yaitu :

1. termoreseptor : reseptor yang menerima sensasi suhu (panas atau dingin).
2. Mekanoreseptor : reseptor yang menerima stimulus-stimulus mekanik.
3. Nosisseptor : reseptor yang menerima stimulus-stimulus nyeri.
4. Kemoreseptor : reseptor yang menerima stimulus kimiawi.

2.2.2.3. Pathofisiologi Nyeri

Rangkaian proses terjadinya nyeri diawali dengan tahap *transduksi*, dimana hal ini terjadi ketika noniseptor yang terletak pada bagian perifer tubuh distimulasi oleh berbagai stimulus, seperti factor biologis, mekanis, listrik, thermal, radiasi dan lain-lain.

Fast pain dicetuskan oleh reseptor tipe mekanis atau thermal (yaitu serabut saraf A-Delta), sedangkan *slow pain* (nyeri lambat) biasanya dicetuskan oleh serabut saraf C. Serabut saraf A-Delta mempunyai karakteristik menghantarkan nyeri dengan cepat serta bermielinasi, dan serabut saraf C yang tidak bermielinasi, berukuran sangat kecil dan bersifat lambat dalam menghantarkan nyeri.

Dalam buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri yang disusun oleh Prasetyo tahun 2010 terdapat perbedaan serabut saraf A-Delta dan saraf C, yaitu :

Tabel 2.4 Perbedaan serabut saraf A-Delta dan Saraf C

Serabut Saraf A-Delta	Serabut C
Bermielinasi	Tidak bermielinasi
Diameter 2-5 Mikrometer	Diameter 0.4-12.2 mikrometer
Kecepatan hantar 12-30 m/detik	Kecepatan hantar 0.5-2 m/detik
Menyalurkan impuls nyeri yang bersifat tajam, menusuk, terlokalisasi, dan jelas.	Menyalurkan impuls nyeri yang bersifat tidak terlokalisasi, visceral dan terus menerus.

Sumber : *Prasetyo, 2010*

Tahap selanjutnya adalah *transmisi*, dimana impuls nyeri kemudian ditransmisikan serat afferent (A-Delta dan C) ke medulla spinalis melalui dorsal horn, dimana disini impuls akan bersinapsis di subtansia gelatinosa (lamina II dan III). Impuls kemudian menyebrang keatas melewati traktus spinothalamus anterior dan lateral. Beberapa impuls yang melewati traktus spinothalamus lateral diteruskan langsung ke thalamus tanpa singgah di formation retikularis membawa impuls *fast pain*. Dibagian thalamus dan korteks serebri inilah individu kemudian dapat mempersepsikan, menggambarkan, melokalisasi, menginterpretasi, dan mulai berespon terhadap nyeri.

Beberapa impuls nyeri ditransmisikan melalui traktus palespinothalamus pada bagian medulla spinalis. Impuls ini memasuki

formation retikularis dan sistem limbik yang mengatur perilaku emosi dan kognitif, serta integrasi dari system saraf otonom. *Slow pain* yang terjadi akan membangkitkan emosi, sehingga timbul respon terkejut, marah, cemas, tekanan darah meningkat, keluar keringat dingin dan jantung berdebar-debar.

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Dua kategori dasar yang secara umum diketahui menurut Smeltzer (2010) dalam buku Prasetyo (2010), adalah sebagai berikut :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya awitannya tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut didefinisikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Hal ini menarik perhatian pada kenyataan bahwa nyeri ini benar terjadi dan mengajarkan kepada kita untuk menghindari situasi serupa yang secara potensial menimbulkan nyeri. Jika kerusakan tidak lama terjadi dan tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan dengan terjadinya penyembuhan, nyeri ini umumnya terjadi kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.

Cedera atau penyakit yang menyebabkan nyeri akut dapat sembuh secara spontan atau dapat memerlukan pengobatan. Sebagai contoh, jari yang tertusuk biasanya sembuh dengan cepat, dengan nyeri yang hilang dengan cepat, barangkali dalam beberapa detik atau beberapa menit. Pada kasus

dengan kondisi yang lebih berat, seperti fraktur ekstremitas, pengobatan dibutuhkan dengan nyeri menurun sejalan dengan penyembuhan tulang.

2. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera fisik. Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Meski nyeri akut dapat menjadi signal yang sangat penting bahwa sesuatu tidak berjalan sebagaimana mestinya, nyeri kronik biasanya menjadi masalah dengan sendirinya.

Nyeri kronik sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih, meskipun enam bulan merupakan suatu periode yang dapat berubah untuk membedakan antara nyeri akut dan nyeri kronik. Suatu episode nyeri dapat mempunyai karakteristik nyeri kronik sebelum enam bulan telah berlalu, atau beberapa jenis nyeri dapat tetap bersifat akut secara primer selama lebih dari enam bulan. Meskipun demikian setelah enam bulan banyak nyeri yang dialami diikuti dengan masalah-masalah yang berhubungan dengan nyeri itu sendiri. Nyeri kronik tidak mempunyai tujuan yang berguna dan jika hal ini menetap, ini menjadi gangguan utama.

2.2.4. Tindakan Mengatasi Ketidaknyamanan Nyeri

Tindakan mengatasi ketidaknyamanan nyeri menurut Potter dan Perry (2010) dibagi menjadi dua, yaitu :

1. Pelaksanaan Nyeri Farmakologi

Beberapa agen farmakologi digunakan untuk menangani nyeri. Semua agen tersebut memerlukan resep dokter. Analgesic merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Terdapat tiga jenis analgesik :

- a. Analgesik non narkotik dan inflamation non steroid (NSAID)
- b. Analgesik narkotik atau opioid
- c. Obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesik

2. Penatalaksanaan Nyeri non Farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi untuk mengurangi nyeri ada beberapa teknik diantaranya adalah :

a. Distraksi

Distraksi adalah mengalihkan perhatian klien dan dengan demikian menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

Distraksi dapat menurunkan nyeri, menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi system control desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak. Teknik distraksi terdapat beberapa macam yaitu : distraksi visual, distraksi pendengaran, distraksi pernafasan, distraksi intelektual dan imajinasi terbimbing.

b. Relaksasi

Teknik relaksasi adalah tindakan relaksasi otot rangka yang dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri.

c. Masase kulit

Rangsangan masase ini akan merangsang serabut berdiameter besar, sehingga mampu memblokir impuls nyeri.

d. Kompres

Kompres panas dingin, selalu menurunkan nyeri juga dapat meningkatkan proses penyembuhan jaringan yang mengalami kerusakan.

e. Latihan fisik secara ergonomik

Olahraga yang teratur dapat memperbaiki kekuatan dan kelenturan sendi serta memperkecil resiko terjadinya kerusakan sendi (Purwoastuti, 2009). Nyeri yang dapat turun dengan senam ergonomik ini yaitu nyeri rematik yang ringan, sedang dan berat.

2.2 Konsep Massase

2.3.1 Definisi Massase

Kata massase sendiri dari kata Arab "*mash*" yang berarti "menekan dengan lembut" atau kata Yunani "*massien*" yang berarti "memijat atau melulut" (Bambang (2008) dalam Anggriawan (2014)). Massase merupakan salah satu manipulasi sederhana yang pertama kali dilakukan manusia untuk mengusap bagian tubuh yang sakit, meletakkan tangan dengan halus pada

bagian tubuh yang sakit atau mengusap dahi yang panas, dan ternyata menimbulkan efek yang menyenangkan (Rahim (1998) dalam Anggriawan (2014)).

Terapi massase adalah teknik penyembuhan yang diterapkan dalam bentuk sentuhan langsung dengan tubuh penderita untuk menghasilkan relaksasi (Purwanto, 2013).

Massase adalah hal yang menyenangkan, karena dapat membantu tubuh dan pikiran untuk memproduksi endorphin yang merupakan penghilang rasa sakit alami bagi tubuh. Massase memiliki efek mekanis yang memperbaiki sirkulasi, menghilangkan produk limbah di tubuh, meningkatkan mobilitas sendi dan mengurangi ketegangan otot (Juliantri, 2015).

2.3.2 Jenis Massase

Menurut Bambang (2008) dalam Anggriawan (2014) bahwa massase dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu :

1) *Sport* massase

Sport massase yang khusus diberikan kepada orang yang sehat badannya, terutama olahragawan karena pelaksanaannya memerlukan terbukanya hampir seluruh tubuh.

2) *Segment* massase

Massase yang ditujukan untuk membantu penyembuhan terhadap gangguan atau kelainan-kelainan fisik yang disebabkan oleh penyakit tertentu.

3) *Cosmetic* massase

Cosmetic massase adalah massase yang khusus ditujukan untuk memelihara serta meningkatkan kevantikan muka serta keindahan tubuh beserta bagian-bagiannya

4) Jenis massase yang lainnya :

(1) Massase swedia

(2) *Accupresure*

(3) Refleksi

(4) Shiatsu

(5) Touch massage

2.3.3 Fungsi Massase

- 1) Mengurangi ketegangan otot
- 2) Meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis
- 3) Mengkaji kondisi kulit
- 4) Meningkatkan sirkulasi/peredaran daerah pada area yang di massase

2.3.4 Back Massase

Back massase merupakan salah satu tindakan alternatif dan terapi komplementer yang digunakan untuk mengurangi nyeri, cemas, takikardi dan hipertensi dengan tujuan untuk membantu pengobatan sistem saraf dan kardiovaskuler. Selain itu pijat punggung secara efektif menimbulkan rasa rileks, nyaman dan aman (Rosfiati, 2015).

2.3.5 Metode Massase

Menurut Purwanto (2013), Metode Massase adalah :

- 1) Selang-seling tangan. Massase punggung dengan tekanan pendek, cepat dan bergantian tangan
- 2) Remasan. Usap otot bahu dengan setiap tangan anda yang dikeraskan secara bersama.
- 3) Gesekan. Massase punggung dengan ibu jari, dengan gerakan memutar sepanjang tulang punggung dari sakrum ke bahu.
- 4) Eflurasi. Massase punggung dengan kedua tangan, dengan menggunakan tekanan lebih halus dengan gerakan ke atas untuk membantu aliran balik vena.
- 5) Petriasi. Tekanan punggung secara horizontal. Pindah tangan anda dengan arah yang berlawanan dengan menggunakan gerakan meremas.
- 6) Tekanan menyikat. Secara halus tekan punggung dengan ujung-ujung jari untuk mengakhiri massase.

2.3.6 Hal yang perlu diperhatikan saat massase

Menurut Purwanto (2013), Hal yang harus diperhatikan saat massase adalah:

- 1) Massase dapat dikerjakan pada saat akan memandikan pasien/ saat mandi, sebelum tidur, atau bila pasien menghendaki.
- 2) Massase dilakukan selama 5 – 10 menit.

- 3) Efek relaksasi dapat dicapai maksimal bila massase dilakukan sesuai dengan gerakan pernafasan.
- 4) Perhatikan kemungkinan pasien alergi terhadap minyak atau lotion. Minyak yang digunakan untuk massase yaitu minyak zaitun, karena minyak zaitun kaya akan vitamin E yang merupakan anti penuaan dini dan mengencangkan kulit. Minyak zaitun juga bermanfaat untuk menghaluskan dan melembabkan permukaan kulit tanpa menyumbat pori-pori. Minyak zaitun merupakan pelembab yang baik untuk melembabkan kulit dan bermanfaat untuk melepaskan sel-sel kulit mati.
- 5) Hindari pemijatan pada area kemerahan, kecuali bila kemerahan tersebut jelang waktu di massase.
- 6) Massase dapat merupakan kontraindikasi pada pasien imobilitas tertentu yang ducurigai mempunyai gangguan penggumpalan darah.

2.3.7 Indikasi Massase

Indikasi Massase adalah : (Purwanto, 2013)

- 1) Mengurangi ketegangan neuromuskular
- 2) Mengurangi nyeri
- 3) Stimulasi sirkulasi
- 4) Menyembuhkan kram otot meningkatkan aliran darah

2.3.8 Kontraindikasi Back Massage

- 1) Gangguan integritas kulit

- 2) Pembedahan punggung vertebrata
- 3) Fraktur tulang rusuk

2.3.9 Telaah Jurnal Mengenai Massase Punggung

Menurut pembahasan Jurnal Keperawatan : Efektifitas Massaeg Punggung untuk Mengurangi Nyeri kepala pada Penderita Hipertensi mendapatkan hasil bahwa Dari wawancara terhadap ketiga responden didapatkan hasil bahwa ketiga responden mengalami gejala Hipertensi yang sama yaitu nyeri kepala. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Hall, 2012) nyeri kepala karena Hipertensi ini dikategorikan sebagai nyeri kepala intrakranial yaitu jenis nyeri kepala migren dimana nyeri kepala tipe ini sering diduga akibat dari fenomena vascular abnormal. Walaupun mekanisme yang sebenarnya belum diketahui, nyeri kepala ini sering ditandai dengan sensasi prodromal misal nausea, penglihatan kabur, auravisual, atau tipe sensorik halusinasi.

Teknik relaksasi yang efektif dapat menurunkan denyut jantung, tekanan darah, mengurangi tension headache, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan kesejahteraan dan mengurangi tekanan gejala pada individu yang mengalami berbagai situasi. Agar relaksasi dapat dilakukan dengan efektif maka diperlukan partisipasi individu dan kerjasama (Potter & Perry, 2010). Menurut Mahendra (2009) dalam Purwandari (2016), Relaksasi otot salah satunya adalah pijatan merupakan stimulasi kulit tubuh secara umum, dipusatkan pada punggung dan bahu, atau dapat dilakukan pada satu atau

beberapa bagian tubuh dan dilakukan sekitar 10 menit masing-masing bagian tubuh untuk mencapai hasil relaksasi yang maksimal. Pijatan juga dapat memperbaiki masalah di persendian otot, melenturkan tubuh, memulihkan ketegangan dan meredakan nyeri. Selain itu bisa memperbaiki sirkulasi darah, dan mengurangi kegelisahan dan depresi. Bisa juga mempengaruhi aliran getah bening, otot, saraf, dan saluran pencernaan dan stress.

Dari hasil penelitian ini, setelah pasien mendapatkan implementasi *massage* atau pijat punggung selama 3x 24 jam untuk seluruh responden dan hasilnya efisien untuk mengurangi nyeri kepala dengan pasien mengatakan nyeri berkurang.

Pada jurnal kedua : Pengaruh pemberian Massase Punggung Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi, dalam pembahasannya menyebutkan bahwa hasil penelitian ini menunjukkan bahwa, sebelum pemberian terapi masase punggung rata-rata tekanan darah responden 160,78/96,56 mmHg, dengan besar standar deviasi sebesar 11,01/56,0 dan nilai maksimal sebesar 185,00/110,00 mmHg, nilai minimal 145,00/90,00 mmHg, sedangkan hasil sesudah pemberian masase punggung rata-rata tekanan darah responden menjadi 143,43/86,09 mmHg dengan besar standar deviasi 10,96/6,06, nilai maksimal sebesar 160,00/100,00 mmHg, nilai minimal sebesar 125,00/75,00 mmHg, penurunan tekanan darah rata-rata 17,34/10,31 mmHg. Berdasar hasil uji analisis yang telah dilakukan dengan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh p senilai 0,000 atau $< 0,05$, maka dapat disimpulkan

bahwa masase punggung berpengaruh signifikan terhadap penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi di Ungaran.

Hasil penelitian diatas didukung oleh pendapat Tarigan (2009) yang menyebutkan bahwa salah satu terapi non farmakologi untuk menurunkan tekanan darah yaitu dengan terapi pijat (masase), apabila terapi tersebut dilakukan secara teratur bisa menurunkan tekanan darah, menurunkan kadar hormon kortisol dan menurunkan kecemasan, sehingga akan berdampak pada penurunan tekanan darah dan perbaikan fungsi tubuh. Dengan terapi pijat (masase), daya tahan tubuh meningkat sehingga stamina tubuh pun juga meningkat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan kebenaran teori yang menyebutkan bahwa terapi (masase) dapat merangsang jaringan otot, menghilangkan toksin, merilekskan persendian, meningkatkan aliran oksigen, menghilangkan ketegangan otot sehingga berdampak terhadap penurunan tekanan darah (Akoso, 2009). Hal tersebut dibuktikan dengan respon keseluruhan responden mengalami penurunan tekanan darah serta menyatakan perasaan lebih rileks dan bugar setelah dilakukan terapi masase punggung. Sehingga dapat juga mengurangi nyeri kepala.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun yang

potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Nikmatur Dan Saiful, 2012).

Tahapan dalam proses keperawatan adalah :

1. Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan hipertensi merupakan salah satu aspek penting dalam proses keperawatan. Hal ini untuk merencanakan tindakan selanjutnya. Perawat mengumpulkan data dasar mengenai informasi status terkini klien tentang pengkajian sistem kardiovaskular sebagai prioritas pengkajian. Pengkajian sistematis pasien mencakup riwayat yang cermat, khususnya yang berhubungan dengan gambaran gejala. Masing – masing gejala harus di evaluasi waktu dan durasinya serta faktor yang mencetuskan dan yang meringankan (Muttaqin, 2009).

Adapun komponen – komponen dalam pengkajian yaitu :

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

a) Identitas klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor medrec, diagnosis medis dan alamat.

b) Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan yang paling sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan meliputi sakit kepala, pusing, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epistaksis, dan pada kasus yang parah bias menimbulkan penurunan kesadaran.

b) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dilakukan dengan mengajukan serangkaian pertanyaan mengenai kelemahan fisik klien secara PQRST, yaitu :
Provoking Incident : Hal-hal yang menyebabkan bertambah/bekurannya keluhan utama. Pada kasus hipertensi, ditemukan adanya rasa pusing. Keluhan dirasakan semakin berat bila melakukan aktivitas yang berat.

Quality of Pain : Tingkat keluhan utama. Seperti apa pusing yang dirasakan atau digambarkan klien. Biasanya setiap beraktivitas

Region : radiation, relief : Lokasi keluhan utama. Pada kasus hipertensi ditemukan adanya pusing yang tak tertahankan di seluruh bagian kepala, terutama dapat disertai dengan rasa ketidaknyamanan atau tengkuk terasa kaku.

Severity (Scale) : Yaitu intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.

Time : Sifat mula timbulnya (onset), lama timbulnya (durasi) keluhan (Muttaqin, 2009).

c) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita hipertensi, kadar kolesterol yang tinggi, obesitas, dan atau riwayat penyakit jantung. Tanyakan mengenai obat – obat yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan (Muttaqin, 2009).

d) Riwayat keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. (Muttaqin, 2009).

3) Keadaan umum

Keadaan umum pada klien dengan gangguan sistem Kardiovaskular hipertensi dapat dilakukan selintas pandang dengan menilai keadaan fisik. Tiap bagian tubuh perlu dinilai secara umum

kesadaran klien *compos mentis*, *apatis*, *somnolen*, *sopor* dan *soporokomatus*, atau *koma*. Seseorang perawat perlu mempunyai pengalaman dan pengetahuan tentang konsep anatomi fisiologi umum sehingga dengan cepat mampu menilai keadaan umum, kesadaran, dan pengukuran GCS. Bila kesadaran klien menurun yang memerlukan kecepatan dan ketepatan penilaian. Pada pemeriksaan keadaan umum klien dengan gangguan sistem Kardiovaskular hipertensi biasanya didapatkan kesadaran baik ataupun *compos mentis* dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi sistem saraf pusat (Muttaqin, 2009).

4) Pemeriksaan fisik persistem

a) Sistem pernapasan

Secara umum, gangguan ini berhubungan dengan kardiopulmonal, tahap lanjut dari hipertensi menetap/berat.

- (1) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja.
- (2) Takipnea, ortopnea, dispneu nokturnal paroksimal.
- (3) Batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum

b) Sistem Kardiovaskuler

- (1) Gejala : riwayat hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung koroner, dan penyakit serebrovaskuler. Dijumpai pula episode palpitasi
- (2) Tanda : kenaikan tekanan darah, hipotensi postural

- (3) Nadi : denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis, perbedaan denyut, seperti denyut femoral melambat sebagai kompensasi denyutan radialis/brakhialis.
- (4) Denyut apikal : PMI kemungkinan bergeser atau sangat kuat.
- (5) Frekuensi / irama : takikardia, berbagai disritmia
- (6) Bunyi jantung : terdengar S2 pada dasar, S3 (CHF dini) dan S4 (pergeseran ventrikel kiri/ hipertropi ventrikel kiri)
- (7) Murmur stenosis valvular
- (8) Desiran vaskular terdengar diatas karotis, vemoralis, atau epigastrium
- (9) Distensi vena jugularis

c) Sistem Persyarafan

Kesadaran biasanya *compos mentis*, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. (Muttaqin, 2009).

(1) Test Nervus Cranial

(a) Nervus Olfaktorius (N.I)

Nervus Olfaktorius merupakan saraf sensorik yang fungsinya hanya satu, yaitu mencium bau, menghidu (penciuman, pembauan). Kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman (*anosmia*), atau berkurangnya penciuman (*hiposmia*).

(b) Nervus Optikus (N.II)

Penangkap rangsang cahaya ialah sel batang dan kerucut yang terletak di retina. Impuls alat kemudian dihantarkan melalui serabut saraf yang membentuk nervus optikus.

- (c) Nervus Okulomotorius, Trochearis, Abdusen (N,III,IV,VI)

Fungsi nervus III,IV,VI saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstraokuler dan mengangkat kelopak mata. Serabut otonom nervus III mengatur otot pupil.

- (d) Nervus Trigeminus (N.V)

Terdiri dari dua bagian yaitu bagian sensorik (parsio mayor) dan bagian motorik (parsio minor). Bagian motorik mengurus otot mengunyah.

- (e) Nervus Facialis (N. VII)

Nervus Fasialis merupakan saraf motorik yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah. Juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensasi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah.

- (f) Nervus Auditorius (N.VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak. Saraf ini memiliki 2 buah kumpulan serabut saraf yaitu rumah

keong (koklea) disebut akar tengah adalah saraf untuk mendengar dan pintu halaman (vetibulum), disebut akar tengah adalah saraf untuk keseimbangan.

(g) Nervus Glasofaringeus

Sifatnya majemuk (sensorik + motorik), yang mensarafi faring, tonsil dan lidah.

(h) Nervus Vagus

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

(i) Nervus Assesorius

Saraf XI menginervasi *sternocleidomastoideus* dan *trapezius* menyebabkan gerakan menoleh (rotasi) pada kepala.

(j) Nervus Hipoglosus

Saraf ini mengandung serabut somato sensorik yang menginervasi otot intrinsik dan otot ekstrinsik lidah.

d) Sistem Pencernaan

Pada kasus yang berat, klien biasanya didapatkan mual dan muntah, penurunan nafsu makan akibat pembesaran vena dan stasis vena di dalam rongga abdomen, serta penurunan berat badan (Muttaqin, 2009).

e) Sistem Genitourinaria

Pengukuran volume keluaran urine berhubungan dengan asupan cairan, karena itu perawat perlu memantau adanya oliguria karena merupakan tanda awal dari syok kardiogenik. Adanya edema ekstermitas menandakan adanya retensi cairan yang parah. Adanya gangguan ginjal saat ini atau yang telah lalu, seperti infeksi atau obstruksi. (Ardiansyah, 2012).

f) Sistem Endokrin

Pada kasus biasa, tidak ditemukan adanya kelainan pada sistem endokrin, namun jika telah terjadi komplikasi pada jantung melalui auskultasi, pemeriksa dapat mendengar bising. Bising kelenjar tiroid menunjukkan peningkatan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid (*Malignance*) (Muttaqin, 2009).

g) Sistem Integumen

Pemeriksaan integumen pada klien bertujuan menemukan tanda-tanda yang menggambarkan kondisi klien terkait dengan penyakit hipertensi yang dialaminya. Tanda-tanda yang dapat ditemukan antara lain :

- (1) Kulit pucat merupakan kurang adekuatnya perfusi jaringan.
- (2) Kebiruan pada mukosa mulut, bibir dan lidah, manifestasi sianosis sentral akibat peningkatan jumlah hemoglobin.
- (3) Edema ekskermitas.

(4) Grimace (tanda kesakitan dan tanda kelelahan).

h) Sistem Muskuloskeletal

Terdapat penurunan kekuatan genggam tangan atau refleksi tendon dalam. Perubahan *retinal optic* (dari penyempitan arteteri ringan sampai berat dan perubahan sklerotik dengan edema atau papil edema, eksudat, dan hemoragik tergantung pada berat atau lamanya hipertensi) (Ardiansyah,2012).

i) Sistem Pendengaran

Kebanyakan klien dengan hipertensi tidak mengalami gangguan pendengaran.

j) Sistem Pengelihat

Pada mata biasanya terdapat retinopati hipertensif, atau gangguan visus mengindikasikan kerusakan pembuluh darah retina yang terjadi akibat komplikasi hipertensi (Ardiansyah,2012)

5) Aktifitas Sehari-hari (Udjianti, 2011)

a) Nutrisi

Perlu dikaji keadaan makanan dan minuman klien meliputi porsi yang dihabiskan, susunan menu, keluhan mual dan muntah, kehilangan nafsu makan, nyeri ulu hati sebelum atau pada waktu masuk rumah sakit, yang terpenting adalah perubahan pola makan setelah sakit, penurunan turgor kulit, berkeringat, penurunan berat badan.

b) Eliminasi

Pada klien dengan hipertensi dengan peningkatan kadar natrium, biasanya terjadi retensi urine akibat reabsorpsi natrium di tubulus distal meningkat.

c) Pola Istirahat

Pola istirahat tidak teratur karena klien sering mengalami pusing.

d) Personal Hygiene

Kebersihan tubuh klien kurang karena klien lebih sering bedrest.

e) Aktifitas

Aktifitas terbatas karena terjadi kelemahan otot atau pusing.

6) Data Psikologi

Meliputi riwayat psikologis klien yang berhubungan dengan kondisi penyakitnya serta dampaknya terhadap kehidupan sosial klien. Bagi banyak orang, jantung merupakan simbol kehidupan. Jika klien mempunyai penyakit pada jantungnya baik akut maupun kronis, maka akan dirasakan seperti krisis kehidupan utama. Klien dan keluarga menghadapi situasi yang menghadirkan kemungkinan kematian atau rasa takut terhadap nyeri, ketidakmampuan, gangguan harga diri, ketergantungan fisik, serta perubahan pada dinamika peran keluarga (Udjianti, 2011).

7) Data Spiritual

Pengkajian spiritual klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Perawat mengumpulkan pemeriksaan awal pada klien tentang kapasitas fisik dan intelektualnya saat ini (Muttaqin, 2009).

8) Data Sosial

Kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenisasi jaringan, stress akibat kesakitan bernafas, dan pengetahuan bahwa jantung tidak berfungsi dengan baik. Penurunan lebih lanjut dan curah jantung dapat disertai insomnia atau kebingungan (Muttaqin, 2009).

9) Data Penunjang

- (1) Hemoglobin/ hematokrit untuk mengkaji viskositas yang mengindikasikan faktor resiko, seperti hiperkoagubilitas dan anemia.
- (2) BUN/Kreatinin memberi informasi tentang fungsi atau perfusi ginjal
- (3) Glukosa pada hiperglikemi dapat mencetus kadar katekolamin
- (4) Kalium serum pada hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama

- (5) Kalsium serum pada peningkatan kalsium dapat menyebabkan hipertensi
- (6) Kolesterol dan kadar trigliserida serum yang meningkat dapat mengindikasikan adanya pembentukan plak ateromastosa
- (7) Pemeriksaan tiroid, pada kasus hipertiroid dapat menyebabkan hipertensi karena vasokonstriksi.
- (8) Asam urat yang berlebih telah menjadi implikasi sebagai faktor resiko terjadinya hipertensi.
- (9) Steroid urin yang meningkat mengindikasikan hiperadrenalisme.
- (10) Foto dada, dapat menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katup, deposit pada takik aorta, serta pembesaran jantung
- (11) CT-Scan: mengkaji tumor serebral, feokromositoma.
- (12) EKG : dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, dan gangguan konduksi, dan peninggian gelombang P mengindikasikan tanda dini hipertensi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang individu, keluarga atau masyarakat yang berasal dari proses pengumpulan dan analisa data yang yang cermat dan sistematis. (Muttaqin, 2000) Berdasarkan patofisiologi dan dari pengkajian, diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi menurut Nanda (Nurarif) 2015:

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi / rigiditas vaskuler, iskemia miokard.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia
- c. Kelebihan volume cairan
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.
- e. Ketidakefektifan koping
- f. Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak
- g. Resiko cedera
- h. Defisiensi pengetahuan
- i. Ansietas.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipertensi menurut Nanda (Nurarif) 2015:

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi / rigiditas vaskuler, iskemia miokard.

1. Tujuan

- a) *Cardiac Pump effectiveness*
- b) *Circulation Status*
- c) *Vital Sign Status*

2. Kriteria hasil

- a) Tanda Vital dalam rentang normal (Tekanan darah, Nadi, respirasi)
- b) Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
- c) Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites
- d) Tidak ada penurunan kesadaran

Tabel 2.5

Intervensi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi / rigiditas vaskuler, iskemia miokard.

Intervensi Keperawatan	Rasional
a. Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)	a. nyeri dada mengindikasikan ketidakcukupan suplai darah ke jantung
b. Catat adanya disritmia jantung	b. memantau adanya kelainan ireguler dari denyut jantung
c. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output	c. mengetahui ketidakadekuatan pemompaan pada jantung
d. Monitor status kardiovaskuler	d. memantau perjalanan sirkulasi
e. Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung	e. memantau ada gangguan pertukaran oksigen dalam darah yang diakibatkan oleh kerusakan sirkulasi
f. Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi	f. mengetahui keadekuatan aliran darah melalui pembuluh darah kecil pada visera abdomen untuk mempertahankan fungsi organ
g. Monitor balance cairan	g. keseimbangan cairan dalam kompartemen intrasel dan ekstrasel tubuh
h. Monitor adanya perubahan tekanan darah	h. memberikan gambaran kondisi dan intensitas jantung
i. Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia	i. mengetahui perubahan kondisi pasien
j. Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan	j. latihan dan istirahat yang cukup dapat memberikan pengaruh terhadap kardiovaskuler
k. Monitor toleransi aktivitas pasien	
l. Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipeu dan ortopneu	
m. Anjurkan untuk menurunkan stress	
Vital Sign Monitoring	
a. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR	
b. Catat adanya fluktuasi tekanan darah	
c. Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau	

-
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> berdiri d. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan e. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas f. Monitor kualitas dari nadi g. Monitor adanya pulsus paradoksus h. Monitor adanya pulsus alterans i. Monitor jumlah dan irama jantung j. Monitor bunyi jantung k. Monitor frekuensi dan irama pernapasan l. Monitor suara paru m. Monitor pola pernapasan abnormal n. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit o. Monitor sianosis perifer p. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) q. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign | <ul style="list-style-type: none"> k. memantau adanya kelemahan umum/ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen l. dapat menunjukkan adanya penurunan kinerja jantung <p>Vital Sign Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> a. respon autonomic meliputi perubahan pada TD, nadi, suhu dan RR b. memantau adanya perubahan dari waktu ke waktu berdasarkan aktivitas fisik dan emosi c. pengukuran serial dengan menggunakan perlengkapan yang tepat akan akan membrikan gambaran yang lebih komplet mengenai keterlibatan vaskuler dan ruang lingkup masalah d. mengetahui perbedaan tekanan darah e. dapat mengetahui perubahan vital sign f. memberikan informasi tentang keadaan baik buruknya denyutan jantung g. mengetahui adanya penurunan tekanan arteri pada saat indpirasi h. mengetahui adanya kondisi nadi yng tidak beraturan akibat kerusakan otot jantung i. mengetahui kondisi nadi pada jantung j. memantau getaran pada jantung dan pembuluh darah k. mengetahui adanya gangguan pertukaran gas l. mengetahui adanya gangguan pertukaran gas m. memantau adanya ketidak beraturan pertukaran gas n. mengetahui adanya vasokonstriksi perifer atau merefleksikan dekompensasi jantung dan penurunan curah jantung o. dapat mengetahui adanya kekurangan oksigen dalam darah p. mengetahui adanya perubahan kondisi jantung q. mengetahui perubahan kondisi jantung |
|--|--|
-

Sumber : *Nurarif & Kusuma, 2015*

- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia

1. Tujuan

- a) *Pain Level,*
- b) *Pain control*
- c) *Comfort level*

2. Kriteria hasil

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Tabel 2.6

Intervensi Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.

Intervensi Keperawatan	Rasional
a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi	a. memfasilitasi diagnosis masalah dan memulai terapi yang tepat
b. Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan	b. petunjuk non verbal dapat berupa fisiologis dan psikologis dan dapat digunakan dalam menghubungkan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas/beratnya masalah.
c. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	c. petunjuk verbal dari ketidaknyamanan nyeri
d. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	d. bermanfaat dalam pengawasan keefektifan obat, dan kemajuan penyembuhan
e. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	e. mengetahui pengalaman dan manajemen nyeri yang pernah dilakukan
f. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau	f. mengetahui pengaruh kontrol nyeri yang pernah dilakukan
g. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	g. meningkatkan psikologis dan motivasi untuk kesembuhan
h. Kontrol lingkungan yang dapat	h. menemukan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

-
- mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
- i. Kurangi faktor presipitasi nyeri
 - j. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
 - k. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
 - l. Ajarkan tentang teknik non farmakologi
 - m. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
 - n. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
 - o. Tingkatkan istirahat
 - p. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
 - q. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri
- Analgesic Administration**
- a. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
 - b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
 - c. Cek riwayat alergi
 - d. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
 - e. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
 - f. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
 - g. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
 - h. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
 - i. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
- i. nyeri dapat diatasi sedini mungkin dengan menemukan faktor presipitasi
 - j. mengurangi ketergantungan terhadap obat
 - k. mengetahui rencana untuk menangani nyeri
 - l. mengurangi ketergantungan terhadap obat
 - m. menurunkan rasa nyeri sebelum terjadi nyeri kronis
 - n. rasa nyeri lebih dapat teratasi
 - o. meminimalkan stimulasi dan meningkatkan relaksasi
 - p. menghindari terjadinya nyeri kronis
 - q. untuk mengetahui keberhasilan intervensi
- Analgesic Administration**
- a. memfasilitasi diagnosis masalah dan memulai terapi yang tepat.
 - b. mengurangi terjadinya kebutuhan obat lebih tepat pada indikasinya
 - c. mengurangi terjadinya gejala lain yang mungkin muncul
 - d. proses mengatasi nyeri yang lebih efisien
 - e. dapat lebih cepat mengatasi nyeri
 - f. proses mengatasi nyeri lebih cepat dan efisien
 - g. proses mengatasi nyeri lebih cepat dan efisien
 - h. memberikan hasil kemajuan pemberian obat
 - i. dapat lebih tanggap menangani nyeri
-

Sumber : *Nurarif & Kusuma, 2015*

c. Kelebihan volume cairan

1. Tujuan

a) *Electrolit and acid base balance*

b) *Fluid balance*

c) *Hydration*

2. Kriteria hasil

a) Terbebas dari edema, efusi, anaskara

- b) Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu
- c) Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+)
- d) Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal
- e) Terbebas dan kelelahan, kecemasan atau kebingungan
- f) Menjelaskan indikator kelebihan cairan

Tabel 2.7

Intervensi Kelebihan volume cairan

Intervensi Keperawatan	Rasional
a. Timbang popok/pembalut jika diperlukan	a. mengetahui intake output klien
b. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat	b. catatan intake output merupakan bahan pertimbangan terhadap rencana tindak lanjut
c. Pasang urin kateter jika diperlukan	c. untuk menentukan intake output
d. Monitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urin)	d. hasil laboratorium dapat diketahui adanya perubahan keseimbangan cairan
e. Monitor status hemodinamik termasuk CVP,MAP, PAP dan PCWP	e. retensi atau kelebihan cairan berefek pada terjadinya cracis, CVP, edema, distensi vena leher dan asites
f. Monitor vital sign	f. tanda-tanda vital klien berperan dalam perkembangan kondisi klien
g. Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP, edema, distensi vena leher, asites)	g. retensi atau kelebihan cairan berefek pada terjadinya cracis, CVP, edema, distensi vena leher dan asites.
h. Kaji lokasi dan luas edema	h. merupakan evaluasi seberapa besar efek kelebihan cairan yang terjadi sehingga bisa dilakukan penanganan yang tepat
i. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori	i. masukan makanan atau cairan yang akurat dapat mempercepat keseimbangan volume cairan
j. Monitor status nutrisi	j. masukan makanan atau cairan yang akurat dapat mempercepat keseimbangan volume cairan
k. Kolaborasi pemberian diuretik sesuai interuksi	k. mengurangi kelebihan cairan
l. Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na < 130 mEq/l	l. untuk menghindari terjadinya kelebihan cairan yang memburuk.
m. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk	m. untuk menghindari gejala yang dapat
Fluid Monitoring	
a. Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi	
b. Tentukan kemungkinan faktor resiko dan	

<p>ketidakseimbangan cairan (Hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaporesis, disfungsi hati, dll)</p> <p>c. Monitor berat badan, BP, HR, dan RR</p> <p>d. Monitor serum dan elektrolit urine</p> <p>e. Monitor serum dan osmolalitas urine</p> <p>f. Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung</p> <p>g. Monitor parameter hemodinamik infasif</p> <p>h. Catat secara akurat intake dan output</p> <p>i. Monitor adanya distensi leher, rinchi, eodem perifer dan penambahan BB</p>	<p>memperburuk kondisi pasien</p> <p>Fluid Monitoring</p> <p>a. untuk mengetahui perkembangan intake output</p> <p>b. ketidakseimbangan cairan menunjukkan intake output yang burk</p> <p>c. untuk mengetahui indikator kecukupan nutrisi</p> <p>d. memberikan informasi tentang keseimbangan elektrolit dan serum pada urine</p> <p>e. untuk mempertahankan keadaan osmolaritas urine</p> <p>f. memantau keadaan tekanan darah yang dapat mengindikasikan respon terhadap kerja jantung</p> <p>g. untuk mengetahui kemampuan beban kerja jantung</p> <p>h. untuk memberikan informasi tentang keseimbangan cairan dalam tubuh</p> <p>i. mengidentifikasi derajat hipertensi</p>
--	--

Sumber : *Nurarif & Kusuma, 2015*

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

1. Tujuan

- a) *Energy conservation*
- b) *Activity tolerance*
- c) *Self Care : ADLs*

2. Kriteria hasil

- a) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
- b) Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri
- c) Tanda-tanda vital normal

- d) Energy psikomotor
- e) Level kelemahan
- f) Mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat
- g) Status kardiopulmunari adekuat
- h) Sirkulasi status baik
- i) Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat

Tabel 2.8

Intervensi Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.

Intervensi Keperawatan	Rasional
a. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat	a. menggalang kerjasama tim kesehatan dalam proses penyembuhan klien
b. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	b. agar klien mampu mandiri sesuai kemampuan
c. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social	c. mencegah aktivitas berlebihn, sesuai dengan kemampuan kerja jantung
d. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan	d. klien mampu mengenal kebutuhan aktiviats berdasarkan sumberdaya
e. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas di rumah sakit seperti kursi roda, krek	e. agar klien mampu beraktiviats mandiri dengan alat bantu
f. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai	f. agar klien mampu melakukan kegiatan secara mandiri
g. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang	g. agar klien memiliki aktivitas yang terjadwal
h. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas	h. agar keluarga terlibat dalam latihan aktivitas kklien
i. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas	i. agar klien termotivasi dalam beraktivitas
j. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan	j. agar klien tidak putus asa dalam melakukan aktivitas latihan
k. Monitor respon fisik, emosi, social dan	k. mengidentifikasi perkembangan fisik dan mental klien selama beraktivitas

spiritual.

Sumber : *Nurarif & Kusuma, 2015*

e. Ketidakefektifan koping

1. Tujuan

- a) *Decision making*
- b) *Role inhasmet*
- c) *Sosial support*

2. Kriteria hasil

- a) Mengidentifikasi pola koping yang efektif
- b) Mengungkapkan secara verbal tentang koping yang efektif
- c) Mengatakan penurunan stres
- d) Klien mengatakan telah menerima tentang keadaannya
- e) Mampu mengidentifikasi strategi tentang koping

Tabel 2.9

Intervensi Ketidakefektifan koping

Intervensi Keperawatan	Rasional
Decision making	Decision Making
a. Menginformasikan pasien alternatif atau solusi lain penanganan	a. mengidentifikasi cara atau koping yang tepat dan efektif untuk mengatasi koping yang tidak efektif
b. Memfasilitasi pasien untuk membuat keputusan	b. untuk mengetahui pemikiran klien terhadap pengambilan keputusan
c. Bantu pasien mengidentifikasi, keuntungan, kerugian dari keadaan	c. membantu klien meningkatkan penilaian terhadap keadaan
Role inhasmet	Role Inhancement
a. Bantu pasien untuk identifikasi bermacam-macam nilai kehidupan	a. membantu klien untuk mengetahui tuntutan hidup dan peran hidup
b. Bantu pasien identifikasi strategi positif untuk mengatur pola nilai yang dimiliki	b. untuk mengetahui pola pemikiran klien terhadap hidupnya
Coping enhancement	
a. Anjurkan pasien untuk mengidentifikasi	

<p>gambaran perubahan peran yang realistis</p> <p>b. Gunakan pendekatan tenang dan menyakinkan</p> <p>c. Hindari pengambilan keputusan pada saat pasien berada dalam stress berat</p> <p>d. Berikan informasi actual yang terkait dengan diagnosis, terapi dan prognosis</p> <p>Anticipatory Guidan</p>	<p>Coping enchanment</p> <p>a. agar klien tahu tentang perubahan pola hidupnya yang berhubungan dengan penyakitnya</p> <p>b. memfasilitasi kemampua klien untuk mengatur situasi</p> <p>c. stress berat dapat menimbulkan koping yang semakin buruk</p> <p>d. memfasilitasi klien untuk pengetahuan tentang penyakitnya</p>
--	---

Sumber : *Nurarif & Kusuma, 2015*

f. Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak

1. Tujuan

- a) *Circulation status*
- b) *Tissue Prefusion : cerebral*

2. Kriteria hasil

- a) Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :
- b) Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan
- c) Tidak ada ortostatik hipertensi
- d) Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)
- e) Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:
- f) Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
- g) Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
- h) Memproses informasi
- i) Membuat keputusan dengan benar

- j) Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh :
tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan gerakan
involunter

Tabel 2.10

Intervensi Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak

Intervensi Keperawatan	Rasional
<p>Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)</p> <p>a. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dirigin/tajam/tumpul</p> <p>b. Monitor adanya paretese</p> <p>c. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada Isi atau laserasi</p> <p>d. Gunakan sarung tangan untuk proteksi</p> <p>e. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung</p> <p>f. Monitor kemampuan BAB</p> <p>g. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>h. Monitor adanya tromboplebitis</p> <p>i. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi</p>	<p>a. daerah yang peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul akan menunjukkan akral tubuh</p> <p>b. paretese menunjukkan ketidakseimbangan perfusi oksigen di jaringan perifer</p> <p>c. agar keluarga klien mampu mengawasi adanya terjadi luka terbuka</p> <p>d. sebagai APD perawat untuk mencegah infeksi</p> <p>e. untuk mempertahankan aliran karotis tanpa halangan sehingga dpat memfasilitasi perfusi</p> <p>f. agar mengidentifikasi pasien dalam kemampuan BAB</p> <p>g. agar mampu mengontrol nyeri</p> <p>h. untuk mengakaji adanya pelebaran pembuluh darah</p> <p>i. untuk mengetahui persepsi klien tentang adanya perubahan rangsangan</p>

Sumber : *Nurarif & Kusuma, 2015*

g. Resiko cedera

1. Tujuan

a) *Risk Kontrol*

2. Kriteria hasil

a) Klien terbebas dari cedera

- b) Klien mampu menjelaskan cara/metode untuk mencegah injury/cedera
- c) Klien mampu menjelaskan faktor resiko dari lingkungan/perilaku personal
- d) Mampu memodifikasi gaya hidup untuk mencegah injury
- e) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
- f) Mampu mengenali perubahan status kesehatan

Tabel 2.11

Intervensi Resiko Cedera

Intervensi Keperawatan	Rasional
<p>Environment Management (Manajemen lingkungan)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien b. Identifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien c. Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan) d. Memasang side rail tempat tidur e. Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih f. Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien. g. Membatasi pengunjung h. Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien. i. Mengontrol lingkungan dari kebisingan j. Memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan k. Berikan penjelasan pada pasien dan 	<ul style="list-style-type: none"> a. untuk menghindari faktor resiko cedera b. rasa aman, situasi dan kondisi klien dapat mempengaruhi resiko cedera c. pengaruh lingkungan yang aman dapat menghindarkan klien dari resiko cedera d. menghindari dari resiko jatuh di tempat tidur e. rasa nyaman dapat mempengaruhi situasi dan kondisi klien f. aktivitas yang sedikit dan aman menghindarkan dari resiko cedera g. situasi yang tenang dapat mempengaruhi rasa nyaman klien h. mencegah resiko melalui bantuan dari keluarga i. kondisi yang tenang mempengaruhi rasa nyaman klien j. mencegah resiko yang parah k. informasi yang jelas untuk pengetahuan keluarga dan pengunjung dapat memperlancar perawatan

keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan penyebab penyakit.

Sumber : *Nurarif & Kusuma, 2015*

h. Defisiensi pengetahuan

1. Tujuan

a) *Kowlwdge : disease process*

b) *Knowledge : health Behavior*

2. Kriteria hasil

a) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan

b) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar

c) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya

Tabel 2.12

Intervensi Defisiensi Pengetahuan

Intervensi Keperawatan	Rasional
Teaching : disease Process	a. perawat dapat melakukan intervensi yang tepat
a. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik	b. diharapkan klien tidak bingung lagi mengenai penyakitnya
b. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.	c. dihrapkan klien tahu tentang penyakitnya
c. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat	d. klien lebih tahu tentang penyakitnya
d. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang	e. klien lebih paham tentang

tepat	penyakitnya
e. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat	f. diharapkan klien memahami kondisinya g. Harapan yang kosong dapat mempengaruhi pelayanan keperawatan dan kepuasan klien
f. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat	h. agar keluarga ikut memantau perkembangan kesehatan klien
g. Hindari harapan yang kosong	i. memberikan rencana tindak lanjut untuk mencegah penyakit yang timbul kembali dan gejala-gejala lainnya
h. Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat	j. untuk mempercepat penyembuhan
i. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit	k. dapat menambah pengetahuan klien
j. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan	l. memberikan motivasi pada klien melalui dukungan
k. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan	m. memberikan usulan untuk penyakit dan pengetahuan tentang penyakitnya
l. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat	n. memperlancar proses keperawatan
m. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat	
n. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat	

Sumber : *Nurarif & Kusuma, 2015*

i. Ansietas.

1. Tujuan

- a) *Anxiety self-control*
- b) *Anxiety level*
- c) *Coping*

2. Kriteria hasil

- a) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.

- b) Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas.
- c) Vital sign dalam batas normal.
- d) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.

Tabel 2.13

Intervensi Ansietas

Intervensi Keperawatan	Rasional
Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)	
a. Bina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien	a. hubungan saling percaya adalah dasar hubungan terpadu yang mendukung klien dalam mengatasi perasaan cemas
b. Pahami rasa takut/ansietas pasien	b. perasaan adalah nyata dan membantu pasien untuk terbuka sehingga dapat mendiskusikan dan menghadapinya
c. Kaji tingkat ansietas dan diskusikan penyebab bila mungkin	c. identifikasi masalah spesifik akan meningkatkan kemampuan individu untuk menghadapinya dengan lebih realistis
d. Temani atau atur supaya ada seseorang bersama pasien sesuai indikasi	d. dukungan yang terus menerus mungkin membantu pasien mengurangi ansietas/rasa takut ke tingkat yang dapat diatasi
e. Kaji ulang keadaan umum pasien dan TTV	e. sebagai indikator awal dalam menentukan intervensi berikutnya
f. Berikan waktu pasien untuk mengungkapkan masalahnya dan dorongan ekspresi yang bebas, misalnya rasa marah, takut, ragu	f. agar pasien merasa diterima
g. Berikan penjelasan pada pasien tentang penyakitnya	g. dapat mengurangi rasa cemas pasien akan penyakitnya
h. Jelaskan semua prosedur dan pengobatan	h. mengurangi kecemasan pasien
i. Diskusikan perilaku coping alternatif dan teknik pemecahan masalah	

Sumber : *Nurarif & Kusuma, 2015*

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. (Nikmatur dan Saiful, 2012)

Adapun pelaksanaan medis (Kapita Selekta *essentials of medicine* 2016) pada pasien dengan gangguan sistem Kardiovaskular Hipertensi adalah:

- a. Modifikasi gaya hidup
 - 1) Penurunan berat badan
 - 2) Diet
 - 3) Penurunan asupan garam
 - 4) Aktivitas fisik
 - 5) Pembatasan konsumsi alkohol
- b. Terapi Medikamentosa.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Hasil yang diharapkan pada proses perawatan klien dengan gangguan sistem Kardiovaskular Hipertensi adalah :

- a. Tekanan darah dalam rentang normal.
- b. Perfusi jaringan otak adekuat.
- c. Bebas dari nyeri.
- d. Terpenuhnya aktivitas sehari-hari.
- e. Menunjukkan penurunan kecemasan.
- f. Memahami penyakit dan tujuan keperawatannya.
- g. Terhindar dari cedera
- h. Tidak ada edema/ kelebihan volume cairan
- i. Pola koping efektif.