

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Penyakit

##### 1. Pengertian

Hipertensi adalah suatu keadaan di mana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus-menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal. (Majid, 2018 : 123).

Hipertensi adalah nama lain dari tekanan darah tinggi. Hipertensi dapat menyebabkan komplikasi yang lumayan parah dan meningkatkan Gagal jantung, Stroke, dan Kerusakan Ginjal. (Jitowiyono, 2018 : 205)

Faktor-faktor yang berhubungan dengan hipertensi lanjut usia adalah faktor genetik, umur, jenis kelamin, obesitas, asupan garam, kebiasaan merokok dan aktivitas fisik. Individu dengan riwayat keluarga hipertensi mempunyai dua kali lebih besar untuk menderita Hipertensi. Hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia, dan pria memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi awal. (Armilawaty, 2007)

Tekanan yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya, mempunyai rentang akan tekanan darah seperti normal, tinggi sampai hipertensi maligna (hipertensi darurat : berkembang dengan sangat cepat. (Sya'diyah, 2018 : 257)

Nyeri bersifat sangat subjektif karena intensitas dan responnya pada setiap orang berbeda-beda. Berikut ini adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri :

1. Long (1996): nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut.
2. Priharjo (1992): secara umum, nyeri merupakan perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat.
3. Wolf Weifsel Feurst (1974): nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.

### **Klasifikasi Hipertensi menurut (JNC 7)**

**Table 2.1**

<b>Klasifikasi</b>	<b>Tekanan Sistolik</b>	<b>Tekanan Diastolik</b>
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-130	80-89
Hipertensi Stage I	140-150	90-99
Hipertensi Stage II	>150	>100

#### 2. Klasifikasi

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan menjadi : Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih brsar dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg. Sedangkan berdasarkan penyebab hipertensi dapat dibedaan menjadi dua golongan :

##### a. Hipertensi primer atau esensial

Adalah tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi jenis ini merupakan 90% kasus hipertensi yang banyak terjadi di masyarakat. Hipertensi ini merupakan proses kompleks dari beberapa organ utama dan sistem,meliputi jantung, pembuluh darah, saraf, hormon dan ginjal. (Guber R,2003)

#### b. Hipertensi Sekunder

Adalah tekanan darah akibat kondisi lain atau disebabkan oleh suatu penyakit. Hipertensi sekunder memiliki penyebab spesifik dan bisa menjadi komplikasi dari masalah lain. Seperti penyakit ginjal, pheochromocytoma, kehamilan, hiperparatiroidisme, obesitas. Dan obat-obatan. (Guber R,2003)

### 3. Etiologi

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

Adapun penyebab faktor penyebab tekanan darah tinggi tersebut antara lain :

- a. Keturunan. Jika seseorang memiliki orang tua yang memiliki, maka kemungkinan ia sebagai keturunan menderita tekanan darah tinggi yang lebih besar.
- b. Usia. Pengidap hipertensi yang berusia 35 tahun meningkatkan insidensi penyakit arteri dan kematian prematur.
- c. Kebiasaan hidup. Yang sering sekali menyebabkan timbulnya hipertensi yaitu mengkonsumsi garam yang tinggi (lebih dari 2,3 g/hari), kegemukan, diabetes, stres, dan pengaruh lain, misalnya merokok dan mengkonsumsi alkohol. (M.Asikin,dkk.2016 : 75)

### 4. Patofisiologi

Tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik meningkat sesuai dengan meningkatnya umur. Tekanan darah sistolik meningkat

secara progresif sampai umur 70-80 tahun, sedangkan tekanan darah diastolik meningkat sampai 50-60 tahun dan kemudian cenderung menetap atau sedikit menurun. Kombinasi perubahan mencerminkan adanya pembuluh darah dan penurunan kelenturan arteri dan mengakibatkan peningkatan tekanan nadi sesuai dengan umur. Tekanan nadi merupakan predictok terbaik dari adanya perubahan struktural di dalam arteri. Mekanisme pasti hipertensi pada lanjut usia belum sepenuhnya jelas, efek utama dari ketuan normal terhadap sistem kardiovaskuler meliputi perubahan aorta dan pembuluh darah sistemik. Penebalan dinding aorta dan pembuluh darah besar meningkat dan elastisitas pembuluh darah menurun sesuai umur. Perubahan ini menyebabkan penurunan compliance aorta dan pembuluh darah besar dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah sistolik. Penurunan elastisitas pembuluh darah menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler perifer. Sensitivitas baroreseptor juga berubah dengan umur (Borzecki AM, dll. 2006)

Faktor penyebab seperti keturunan, jenis kelamin, usia, ras, juga obesitas, konsumsi garam berlebih, kurang olahraga, merokok, konsumsi alkohol dan stress psikososial berpengaruh pada perubahan struktur dan fungsi arteri yang mengalami penuaan seperti penumpukan kolestrol pada pembuluh darah. Pembuluh darah besar tidak elastik. Disfungsi endotel, dan penurunan pelepasan nitric oxide menyebabkan kekakuan pembuluh darah sehingga meningkatkan denyut jantung, pulsasi arteri meningkat, SBP (Sistolik Blood Pressure) meningkat dan DBP (Diastolik Blood Pressure) menurun. Ventrikel kiri bekerja semakin berat dan menyebabkan dindingnya menebal. Pengisian ventrikel kiri melambat karena dipengaruhi kontraksi atrium berdasarkan penambahan usia. Kontribusi atrium terhadap pengisian LV (Left Ventricular), mengakibatkan penambahan ukuran dari LA (Left Atrium), untuk menjaga volume end-diastolik LV. Cardiac output lebih rendah dan resistensi pembuluh darah perifer lebih tinggi pada lansia dengan hipertensi

dibandingkan dengan usia muda. Kekakuan pada aorta juga berdampak negatif pada perfusi miokard. Dan SBP meningkat (Aronow et al, 2011)

#### 5. Manifestasi Klinis

Menurut Adinil (2004) menyatakan :

Para penderita hipertensi biasanya: pusing, mudah marah, telinga berdengung, sukar tidur, sesak nafas, rasa berat ditekuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, dan mimisan (jarang dilaporkan). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin]. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada suatu sisi (hemiplegia) gangguan tajam penglihatan (A.Majid.2018 : 17)

#### 6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan secara menyeluruh dibutuhkan untuk menegakkan diagnosis hipertensi dan menentukan derajat keparahannya. Pengukuran darah dapat dilakukan sebagai pemeriksaan penunjang untuk mengetahui tekanan darah. Selain pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan untuk mencari faktor resiko dan penyebab hipertensi, serta mengetahui kerusakan organ, misalnya ginjal dan jantung. (M.Asikin,dll.:2016 : 79)

#### 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis menurut (Jitowiyono.2018 : 213)

a. Terapi farmakologis

Obat-obatan yang dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah. Kategori obat yang diresepkan tergantung pada pengukuran pada pengukuran tekanan darah dan masalah medis lainnya :

- 1) Diuretik thiazide. Diuretik adalah obat yang bekerja pada ginjal untuk membantu tubuh menghilangkan sodium dan air, sehingga mengurangi volume, Diuretik thiazide meliputi hydrochlorothiazide (Microzide), chlorthalidone dan lain-lain
- 2) Penghambat beta (beta bloker). Obat ini mengurangi beban kerja di jantung dan membantu pembuluh darah, menyebabkan jantung berdetak lebih lambat dan dengan kekuatan lebih rendah. Beta bloker meliputi Acebutolol (sectral), atenolol (tenormin) dan lain-lain.
- 3) Penghambat enzim perubahan angiotensin (angiotensin converting enzyme/ACE). Obat-obatan ini membantu merelaksasi pembuluh darah dengan menghalangi pembuluh darah. Yang termasuk dalam ACEH antara lain lisinopril (zestril), benazepril (lotensin), kaptopril dan lain-lain.
- 4) Penghambat reseptor angiotensin II (angiotensin II receptor Blockers/ARB). Obat-obatan ini membantu mengendurkan pembuluh darah dengan menghalangi zat kimia alami yang mempersempit pembuluh darah. Golongan ARBs antara lain candesartan (atacand), losartan (cozaar), captopril, dan lain-lain.
- 5) Penghambat saluran kalsium. Obat-obatan membantu mengendurkan otot-otot pembuluh darah dan beberapa ada yang bisa memperlambat detak jantung. Yang termasuk obat ini antara lain amlodipin (norvasc), diltiazem (cardizem, tiazac, dan lainnya).
- 6) Penghambat renin. Aliskiren (tekturna) memperlambat produksi renin, enzim yang diproduksi oleh ginjal, yang memulai serangkaian langkah kimia meningkatkan tekanan darah. Karena resiko komplikasi serius, termasuk stroke, klien sebaliknya tidak

menggunakan Aliskiren dengan ACE inhibitor atau ARB. (Jitowiyono, 2018 : 213)

b. Terapi non farmakologi

Menurut Sugeng Jitowiyono,2018 : 212 upaya pengobatan hipertensi dapat dilakukan dengan pengobatan non farmakologis, termasuk mengubah gaya hidup yang tidak sehat. Penderita hipertensi membutuhkan perubahan gaya hidup yang sulit dilakukan dalam jangka pendek. Oleh karena itu, faktor yang menentukan dan membantu kesembuhan pada dasarnya adalah diri sendiri.

- 1) Diet dengan pembatasan atau pengurangan konsumsi garam dengan membatasi asupan tidak lebih dari  $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$  sendok teh (6 gram/hari).
- 2) Penurunan berat badan dapat menurunkan tekanan darah dibarengi dengan penurunan aktivitas renin dan kadar aldosteron dalam plasma.
- 3) Berhenti merokok.
- 4) Tidak mengonsumsi alkohol.
- 5) Menghindari minuman berkafein seperti : kopi.
- 6) Pasien juga disarankan untuk olahraga dapat berupa Jalan, Lari, Joging, beberapa selama 20-25 menit dengan frekuensi 2-3x/minggu.
- 7) Istirahat yang cukup 6-8 jam/hari (Jitowiyono,2018:212)

8. Komplikasi

Hipertensi jangka panjang dapat menyebabkan komplikasi melalui aterosklerosis, dimana pembentukan plak menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Hal ini membuat hipertensi memburuk, karena jantung terus memompa lebih keras untuk mengantarkan darah ke tubuh. Tes tekanan darah secara teratur dapat membantu orang menghindari komplikasi yang parah. Penyakit terkait hipertensi dapat menyebabkan :

- a. Gagal jantung dan serangan jantung
- b. Aneurisma atau benjolan abnormal di dinding arteri yang bisa meledak, menyebabkan pendarahan hebat dan dalam beberapa kasus kematian
- c. Gagal ginjal
- d. Amputasi retinopati hipertensi di mata, yang bisa menyebabkan kebutaan
- e. Stroke (Jitowiyono 2018 : 209)

## 9. Prognosis

Tanpa pengobatan, hipertensi akan berakibat lanjut usia orang yang diserangnya, faktor-faktor yang mempengaruhi prognosis adalah etiologi hipertensi dan komplikasi. Hipertensi sekunder yang ditemukan pada tahap dini memiliki prognosis yang lebih baik. Begitu pula dengan komplikasi, hipertensi dengan sedikit komplikasi juga akan menghasilkan prognosis yang baik. (Jitowiyono,2018:2010)

## **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

### 1. Pengertian

Manusia memiliki kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis agar dapat mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Menurut Abraham Maslow sebagaimana yang dikemukakan oleh Uliyah (2020: 6) bahwa kebutuhan dasar manusia dibagi menjadi lima tahap yaitu:

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

Fisiologi nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Namun, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan derajat nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus. Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari (0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan.

Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut.

- 0 = tidak nyeri
- 1-3 = nyeri ringan
- 4-6 = nyeri sedang
- 7-9 = sangat nyeri, tetapi masih dapat dikendalikan dengan aktivitas yang bisa dilakukan
- 10 = sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan (Lyndon Saputra: 2013)

- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis.
- c. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya.
- d. Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan sebagainya.
- e. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial, dan sebagainya.

- f. Kebutuhan akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- g. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. (Uliyah, 2020: 6)

Berdasarkan teori maslow, kasus hipertensi pada pasien pengelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar Rasa Aman Nyaman yang disebabkan oleh Nyeri Akut. Kebutuhan rasa Aman Nyaman Adalah suatu keadaan bebas cedera fisik dan bebas dari rasa sakit. Dan psikologis meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Dan bebas dari nyeri atas rasa ketidak nyamanan yang muncul

### **C. Proses Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan, tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya, data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosa keperawatan dengan tetap dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan, tujuan dari pengkajian adalah didatakannya data bioskop dan spiritual yang mencakup data bioskop dan spiritual (Tarwoto,dkk,2015 : 4 )

#### **1. Pengkajian**

- a. Aktivitas atau istirahat: kelemahan, lelah, nafas pendek, frekuensi jantung tinggi, takipnea, perubahan irama jantung.
- b. Sirkulasi: riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit serebrovaskuler, kenaikan tekanan darah, takikardi, disritmia, kulit pucat, sianosis, diaforesis.

- c. Integritas ego: perubahan kepribadian, ansietas, depresi atau marah kronik, gelisah, tangisan yang meledak, gerak tangan empati, otot muka tegang, pernapasan maligna, peningkatan pola bicara.
- d. Eliminasi: gangguan ginjal saat ini atau yang lalu seperti infeksi, obstruksi atau riwayat penyakit ginjal.
- e. Makanan dan cairan: makanan yang disukai (tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol, mual dan muntah, perubahan berat badan, obesitas, adanya edema.
- f. f. Neurosensori: pusing, sakit kepala, gangguan penglihatan, perubahan keterjagaan, orientasi pola atau isi bicara, proses pikir atau memori (ingatan), respon motorik (penurunan kekuatan gangguan tangan), perubahan retinal optik.
- g. Nyeri atau ketidaknyamanan: angina, nyeri hilang atau timbul pada tungkai atau klaudikasio, sakit kepala, nyeri abdomen.
- h. Pernapasan: dispnea, takipnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksismal, riwayat merokok, batuk dengan atau tanpa sputum, distress respirasi atau penggunaan otot aksesori pernafasan, bunyi napas tambahan, sianosis. (Jitowiyono 2018 : 214)

## 2. Diagnosis keperawatan

Diagnosa yang didapatkan yang lazim muncul pada hipertensi adalah :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, peningkatan tekanan vaskuler
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakberdayaan fisik, kelemahan.
- d. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kurang terpapar informasi.

### 3. Rencana keperawatan

Pada tahap perencanaan, ada empat hal yang harus diperhatikan, yaitu: menentukan prioritas, menentukan tujuan, melakukan criteria hasil, dan merumuskan intervensi (Tarwono,2015 : 10)

## Table Rencana Keperawatan

**Tabel 2.2**

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	2	3	4
1	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, iskemia miokard, hipertropi ventricular</p> <p>Definisi : Ketidak adekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bradikardia</li> <li>• Palpitasi jantung</li> <li>• Edema</li> <li>• Distensi vena jugular</li> <li>• Dispnea</li> <li>• Oliguria</li> <li>• Pengisian kapiler memanjang</li> <li>• Bunyi napas tambahan</li> <li>• Penurunan indeks jantung</li> <li>• Penurunan fraksi ejeksi</li> <li>• Batuk</li> <li>• Penurunan stroke volume index</li> </ul> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan afterload</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada klien 3x1 kunjungan diharapkan afterload tidak meningkat, tidak terjadi vasokonstriksi, tidak terjadi iskemia miokard.</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Keefektifan pompa jantung (0400)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah sistol normal</li> <li>b. Tekanan darah diastol normal</li> <li>c. Diaforesis</li> <li>d. Tidak mual</li> <li>e. Tidak kelelahan</li> <li>f. Tidak intoleransi aktivitas</li> </ol> </li> <li><b>2. Status sirkulasi (0401)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah dalam batas normal</li> <li>b. Saturasi oksigen dalam batas normal</li> <li>c. Capillary refill normal</li> <li>d. Wajah pucat</li> <li>e. Penurunan suhu kulit</li> <li>f. Kelelahan</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Perawatan jantung (4040)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Secara rutin ngecek pasien baik secara fisik dan psikologis sesuai dengan kebijakan tiap penyedia layanan</li> <li>b. Instruksikan untuk segera melaporkan jika merasakan nyeri dada</li> <li>c. Evaluasi nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi, dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada)</li> <li>d. Monitor tanda-tanda vital secara rutin</li> <li>e. Monitor status pernapasan terkait dengan adanya gejala gagal jantung</li> <li>f. Evaluasi perubahan tekanan darah</li> <li>g. Monitor EKG</li> </ol> </li> <li><b>2. Pengaturan hemodinamik (4150)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan penilaian hemodinamik secara komprehensif seperti tekanan darah, nadi, irama, dengan tepat</li> <li>a. Kurangi kecemasan dengan informasi yang akurat</li> <li>b. Jelaskan tujuan perawatan</li> <li>c. Monitor adanya tanda dan gejala</li> </ol> </li> </ol>

1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan Frekuensi jantung</li> <li>• Perubahan irama jantung</li> <li>• Perubahan preload</li> <li>• Perubahan volume sekuncup</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Masalah pada status perfusi</li> <li>e. Berkolaborasi dengan dokter sesuai indikasi</li> <li>f. Monitor efek obat</li> </ul>
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, peningkatan tekanan vaskuler</p> <p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laporan tentang perilaku nyeri/ perubahan aktivitas</li> <li>• Perubahan pada parameter fisiologis</li> <li>• Sikap melindungi are nyeri</li> <li>• Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada klien 3x1 kunjungan diharapkan nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Kontrol nyeri (1605)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengenali kapan nyeri terjadi</li> <li>b. Menggambarkan faktor penyebab</li> <li>c. Menggunakan teknik pengurangan(nyeri), tanpa analgesik</li> <li>d. Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri</li> </ol> </li> <li>2. <b>Tingkat nyeri (2102)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nyeri yang dilaporkan</li> <li>b. Mengerang dan menangis</li> <li>c. Ekspresi wajah terhadap nyeri</li> <li>d. Dapat beristirahat Tidak berkeringat berlebih</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Manajemen nyeri (1400)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas observasi petunjuk non verbal mengenai ketidak nyamanan</li> <li>b. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri</li> <li>c. Kurangi faktor-faktor yang dapat meningkatkan nyeri</li> <li>d. Ajarkan teknik nonfarmakologi (seperti teknik relaksasi dan kompres hangat daerah yang merasa nyeri)</li> </ol> </li> <li>3. <b>Pemberian analgetik (2210)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tentukan lokasi nyeri, kualitas, dan keparahan sebelum pengobatan</li> <li>b. Beri obat dengan prinsip 6 benar</li> <li>c. Cek riwayat alergi obat</li> <li>d. Evaluasi keefektifan analgetik</li> </ol> </li> </ol>

1	2	3	4
	Faktor yang berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agen cedera biologis</li> <li>• Agen cedera fisik</li> <li>• Agen cedera kimiawi</li> </ul>		e. Dokumentasikan aktivitas f. Merespon terhadap analgetik dan adanya efek samping
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak berdayaan fisik, kelemahan  Definisi : Ketidak cukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan  Batasan Karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispnea setelah beraktivitas</li> <li>• Keletihan</li> <li>• Ketidak nyamanan setelah beraktivitas</li> <li>• Respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas</li> </ul>	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada klien 3x1 kunjungan diharapkan kelelahan berkurang kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Daya tahan (0001)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dapat melakukan aktivitas rutin</li> <li>b. Dapat melakukan aktifitas fisik</li> <li>c. Dapat konsentrasi</li> <li>d. Tenaga tidak terkuras</li> <li>e. Tidak kelelahan</li> </ol> </li> <li>2. <b>Toleran terhadap aktivitas (0005)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kecepatan berjalan</li> <li>b. Jarak berjalan</li> <li>c. Kemampuan untuk berbicara ketika melakukan aktivitas fisik</li> </ol> </li> </ol>	<b>1. Manajemen energi (0180)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan</li> <li>b. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami</li> <li>c. Monitor lokasi dan sumber ketidaknyaman yang dialami pasien selama aktivitas</li> <li>d. Monitor respon oksigen pasien misalnya tekanan darah, pernapasan</li> <li>e. Batasi stimuli lingkungan (misalnya: cahaya atau kebisingan) untuk memfasilitasi istirahat</li> <li>f. Evaluasi secara bertahap kenaikan level aktivitas pasien</li> </ol>

1	2	3	4
	Faktor yang berhubungan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gaya hidup kurang gerak</li> <li>• Imobilitas</li> <li>• Tirah baring</li> <li>• Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</li> </ul>		<b>2. Terapi aktivitas (4310)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bantu klien mengidentifikasi dan memperoleh sumber yang di perlukan untuk aktivitas yang di inginkan</li> <li>b. Bantu klien untuk memotivasi diri dan menguatkan</li> </ol>
4	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kurang terpapar informasi  Definisi : Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom  Batasan Karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelisah</li> <li>• Ketakutan</li> <li>• Insomnia</li> </ul> Faktor yang berhubungan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ancaman pada status terkini</li> <li>• Kebutuhan yang tidak terpenuhi</li> </ul>	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada klien 3x1 kunjungan diharapkan cemas berkurang dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Tingkat kecemasan (1211)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak dapat beristirahat</li> <li>b. Perasaan gelisah</li> <li>c. Kesulitan berkonsentrasi</li> </ol> </li> <li><b>2. Tingkat kecemasan sosial (1216)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menghindari situasi sosial</li> <li>b. Menghindari dengan orang yang tidak dikenal</li> <li>c. Takut diawasi orang lain</li> <li>d. Takut berinteraksi dengan orang lain</li> </ol> </li> </ol>	<b>1. Pengurangan kecemasan (5820)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gunakan pendekatan yang tegang dan meyakinkan dengan klien</li> <li>b. Puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat</li> <li>c. Berikan informasi yang dapat dipercaya dan konsiten serta dukungan orang terdekat</li> </ol> <b>2. Terapi relaksasi (6040)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bantu klien untuk rileks</li> <li>b. Ciptakan lingkungan yang tenang</li> <li>c. Gunakan relaksasi sebagai strategi tambahan</li> <li>d. Dapatkan perilaku yang menunjukkan terjadinya relaksasi, Misalnya bernapas dalam, menguap</li> <li>e. Evaluasi laporan individu terkait relaksasi</li> </ol>

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (Independent), saling ketergantungan/kolaborasi (Independent), dan tindakan rujukan/ketergantungan (dependent) (Tarwoto, 2015) : 14)

#### 5. Evaluasi

Menurut (Nurjanah (2005) : 19) evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi terus-menerus dilakukan pada respon klien terhadap keperawatan yang telah dilaksanakan, digunakan komponen SOAP :

- S : data objektif, data yang didapatkan dari keluhan klien langsung
- O : data objektif, data yang didapatkan dari hasil observasi perawat secara langsung
- A : analisis, merupakan interpretasi dari subjektif dan objektif. Analisis merupakan diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien
- P : planning, dari perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dilanjutkan, dimodifikasi dari rencana tindakan yang telah dilakukan sebelumnya