

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Hipertensi adalah nama lain untuk tekanan darah tinggi. Hipertensi dapat menyebabkan komplikasi parah dan meningkatkan risiko penyakit jantung, stroke dan kematian. Pedoman medis mendefinisikan hipertensi sebagai tekanan darah lebih tinggi dari 140 di atas 90 (mmHg) (Asih, 2018).

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. (Imelda et al., 2020).

2. Klasifikasi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang. Klasifikasi berdasarkan penyebab dibagi menjadi 2 yaitu :

- a. Hipertensi Primer atau esensial, hipertensi ini masih belum diketahui secara pasti apa penyebabnya. Banyak diantaranya dipengaruhi oleh faktor genetik, lingkungan, stress, dan kurang olahraga.
- b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan oleh suatu penyakit seperti penyakit gagal ginjal, obesitas, retensi urine, hipertiroid, dan obat-obatan.

Klasifikasi Hipertensi menurut (Nurhayati et al., 2020):

Tabel 2.1

Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi	Tekanan Sistolik	Tekanan Distolik
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120-130	80-89
Hipertensi Stage I	140-150	90-99
Hipertensi Stage II	<160	<100

Pada umumnya semakin bertambahnya usia maka semakin besar pula risiko terjadinya Hipertensi. Hal tersebut disebabkan oleh perubahan struktur pembuluh darah seperti penyempitan lumen, serta dinding pembuluh darah menjadi kaku dan elastisitasnya berkurang sehingga meningkatkan tekanan darah.

Hipertensi juga dapat diklasifikasikan berdasarkan bentuknya, yaitu hipertensi diastolik, sistolik, dan campuran.

- a. Hipertensi Diastolik merupakan hipertensi yang bisa ditemukan pada anak-anak atau dewasa muda. Hipertensi ini disebut hipertensi diastolik karena terjadi peningkatan tekanan diastolik tanpa diikuti oleh peningkatan tekanan sistolik.
- b. Hipertensi Sistolik adalah peningkatan tekanan sistolik tanpa diikuti oleh peningkatan tekanan diastolik.
- c. Hipertensi Campuran adalah peningkatan tekanan darah pada diastol dan sistol.

3. Etiologi

Menurut (Sarah Dwi Astuti & Lucia Firsty Puspita Krishna, 2020) Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat digolongkan menjadi 2 yaitu:

- a. Hipertensi esensial atau primer Penyebab pasti dari hipertensi esensial sampai saat ini masih belum diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi primer, sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Namun, berbagai faktor diduga turut berperan sebagai penyebab hipertensi primer, seperti bertambahnya umur, stres

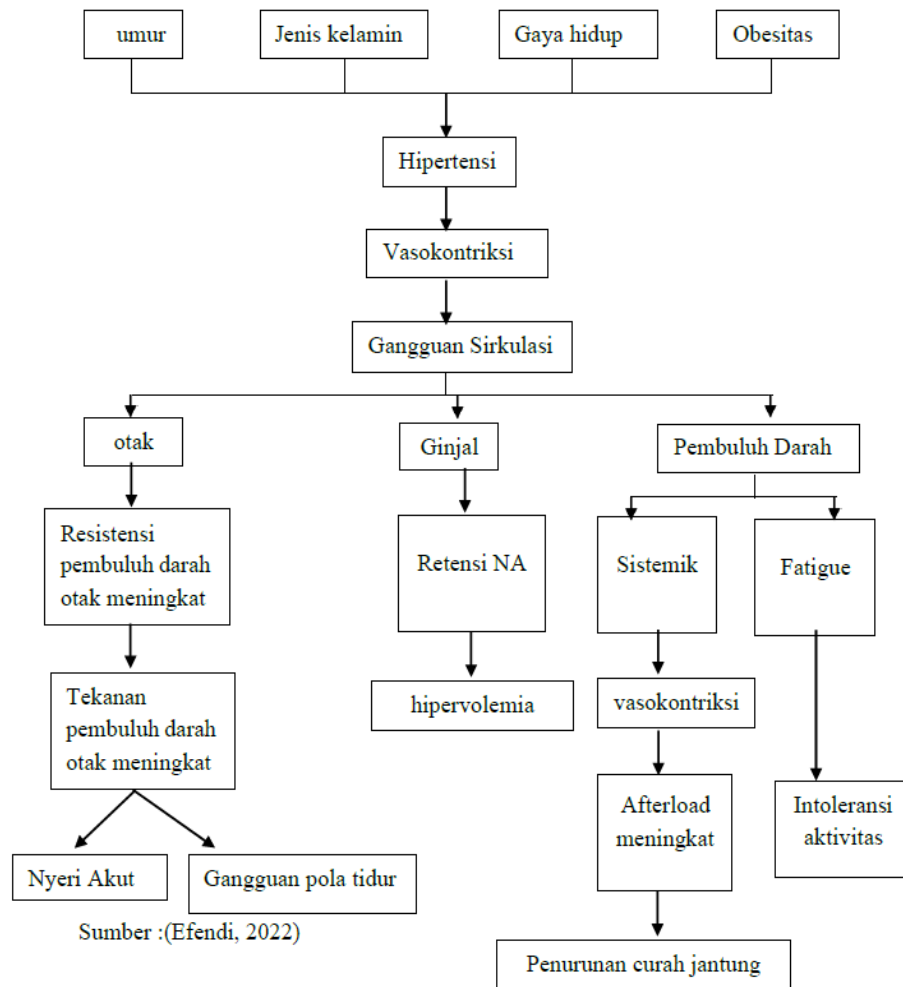
psikologis, dan keturunan.

- b. Hipertensi sekunder Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme), dan lain-lain. Karena golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditujukan ke penderita esensial.

4. Patofisiologi

Menurut (Ibrahim, 2019) Meningkatnya tekanan darah di dalam arteri bisa terjadi melalui berbagai beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil untuk sementara waktu mengerut karena perangsangan saraf atau hormon di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah.

Volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat. Sebaliknya, jika aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun. Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali ke normal. Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah.



5. Manifestasi Klinis

Menurut (Sarah Dwi Astuti & Lucia Firsty Puspita Krishna, 2020) Pada hipertensi menunjukkan adanya tanda dan gejala tetapi ada juga yang tanpa tanda dan gejala, manifestasi klinis dibedakan menjadi 2 yaitu:

a. Tidak Bergejala

maksudnya tidak ada gejala spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa, jika kelainan arteri tidak diukur, maka hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa.

b. Gejala yang sering terjadi

gejala yang menyertai hipertensi adalah nyeri kepala, kelelahan. Namun hal ini menjadi gejala yang lazim pula pada kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Manifestasi klinis pasien hipertensi diantaranya: mengeluh sakit

kepala, pusing, lemas, kelelahan, gelisah, mual dan muntah, epistaksis, kesadaran menurun. Gejala lainnya yang sering ditemukan: marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Sarah Dwi Astuti & Lucia Firsty Puspita Krishna, 2020)

Pemeriksaan diagnostik pasien Hipertensi terdiri dari antaralain :

- a. Riwayat dan pemeriksaan fisik, termasuk pemeriksaan retina, pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ, termasuk urinalis, kimia darah (natrium, kalium, kreatinin, glukosa puasa, lipoprotein total dan lipoprotein densitas rendah), EKG dan ekokardiografi untuk mengkaji hipertrofi ventrikel kiri.
- b. Pemeriksaan tambahan seperti bersihan kreatinin, kadar rennin, pemeriksaan urine dan protein urine 24 jam dapat dilakukan. kolesterol dan rendah lemak, membatasi alkohol dan kafein.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis menurut (Kandarin, 2017)

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 Diuretik thiazide.

- 1) Diuretik adalah obat yang bekerja pada ginjal untuk membantu tubuh menghilangkan sodium dan air, sehingga mengurangi volume, Diuretik thiazide meliputi hydro chlorothiazide (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 lainlain.
- 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/ARBs). 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 risiko komplikasi serius, termasuk stroke, klien sebaliknya tidak menggunakan Aliskiren dengan ACE inhibitor atau ARB.

b. Terapi non farmakologi

Menurut (Iqbal & Handayani, 2022) 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 1/4-1/2 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 mengkonsumsi 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
- c. Komplikasi
- Menurut (Sarah Dwi Astuti & Lucia Firsty Puspita Krishna, 2020) penyakit hipertensi memiliki beberapa komplikasi diantaranya:
- 1) Arteriosklerosis, adalah keadaan di mana terdapat pembentukan plak menyebabkan penyempitan pembuluh darah.
 - 2) Gagal jantung
 - 3) Gagal ginjal
 - 4) Kebutaan
 - 5) Stroke

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, Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia, dibagi menjadi 5 kelompok, yaitu sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan paling dasar dan tertinggi dalam fisiologis Maslow. Kebutuhan fisiologis diantaranya adalah oksigen, minuman, makanan, suhu, eliminasi, aktivitas, istirahat tidur, kebutuhan seksual. Pada pasien hipertensi, kebutuhan fisiologis yang terganggu adalah istirahat dan tidur, penderita biasanya cenderung sulit tidur dan gelisah.
- b. Kebutuhan aman dan nyaman, adalah kebutuhan untuk mendapatkan perlindungan dari udara dingin, panas, kecelakaan, rasa sakit, infeksi, rasa takut dan kecemasan. Pada pasien hipertensi diantaranya memiliki keluhan sakit kepala atau pusing dan ini termasuk dalam kebutuhan rasa

nyaman yang terganggu.

- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa saling memiliki, diantaranya adalah memberi dan menerima kasih sayang, mendapat kehangatan, mendapatkan persahabatan, perasaan dimiliki dan berarti, diterima kelompok sosial.
- d. Kebutuhan harga diri, kebutuhan ini meliputi, perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, kebutuhan ini meliputi mengenal dan memahami diri serta potensi diri dengan baik, memenuhi kebutuhan sendiri, berdedikasi tinggi, kreatif.

Berdasarkan teori Maslow kasus hipertensi pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman nyaman yang disebabkan oleh nyeri akut kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus di penuhi. Sementara perlindungan psikologis meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing dan bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan

1) Pengertian nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Menurut (Milla, 2022)

2) Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang, sosial budaya, lingkungan dan pengalaman.

2) Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempat nya pada korteks(pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

3) Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit dan lain-lain.

4) Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit

Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dll.

2. Jenis nyeri

Internasional Association For the Study of Pain (IASP) telah mengidentifikasi beberapa kategori nyeri. Di antara kategori ini adalah nyeri akut, nyeri alih, nyeri kanker, dan nyeri kronis.

- a) Nyeri akut Biasanya merupakan sensasi yang terjadi secara mendadak, paling sering terjadi sebagai respon terhadap beberapa jenis trauma. Penyebab umum nyeri akut adalah trauma akibat kecelakaan, infeksi, dan pembedahan. Nyeri akut terjadi dalam periode waktu yang singkat, biasanya 6 bulan atau kurang, dan biasanya bersifat intermiten (sesekali), tidak konstan. Nyeri akut berasal dari cara normal sistem

saraf memproses trauma pada kulit, otot, dan organ viseral. Istilah lain untuk nyeri akut adalah nyeri nosiseptif. Setelah penyebab mendasar diidentifikasi dan diterapi secara sukses, nyeri akut menghilang.

b) Nyeri alih

Nyeri alih adalah nyeri yang berasal dari satu bagian tubuh, tetapi dipersepsikan di bagian tubuh lain. Nyeri alih paling sering berasal dari dalam visera (organ internal) dan dapat dirersepsikan di kulit, meskipun dapat juga dipersepsikan dalam area internal yang lain.

c) Nyeri kanker

Nyeri kanker adalah hasil dari beberapa jenis keganasan. Sering kali, nyeri kanker sangat hebat dan dapat dianggap intractable (tidak dapat diatasi) dan kronis. Keperawatan hospice sering kali dilibatkan dalam penatalaksanaan nyeri kanker.

d) Nyeri kronis

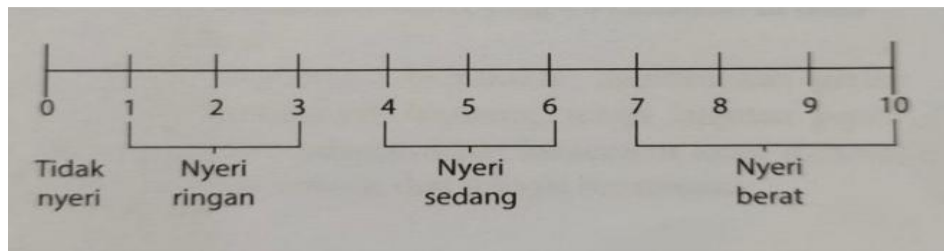
Nyeri kronis juga disebut nyeri neuropatik didefinisikan sebagai ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode waktu lama (6 bulan atau lebih) dan dapat terjadi seumur hidup pasien.. Sering kali, nyeri kronis mengganggu fungsi normal seseorang. Penyebab nyeri kronis sering kali tidak diketahui. Nyeri kronis sebenarnya dapat terjadi akibat kelelahan sistem saraf dalam memproses input (asupan) sensori. Sindrom nyeri neuropati sangat sulit dihadapi, nyeri kronis sering kali berlangsung lebih lama dari perkiraan periode pemulihan normal untuk nyeri akut. Individu yang mengalami nyeri neuropati biasanya melaporkan rasa terbakar, sensasi kesemutan dan nyeri tertembak yang konstan. Penyebab jenis nyeri ini mungkin dapat diketahui, seperti tumor invasif yang tidak dapat dioperasi, atau mungkin tidak diketahui. Efek nyeri kronis dapat mengganggu gaya hidup dan tampilan seseorang, terutama jika penyebab nyeri tidak diketahui.

3. Skala nyeri

Joint Commission mengharuskan fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan skala nyeri untuk membantu pasien menentukan tingkat nyeri mereka. Ada beberapa macam jenis skala nyeri yang dapat digunakan

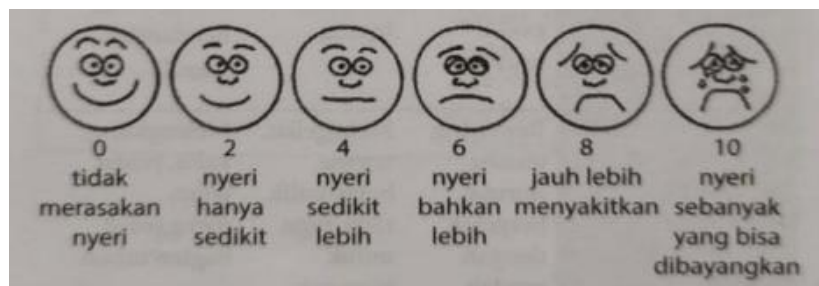
diantaranya Skala Intensitas Nyeri atau Skala Distres Nyeri.

Pada skala ini, klien diminta untuk menilai nyerinya dengan memilih kata-kata deskriptif, dengan memilih angka yang tepat pada skala angka dari 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri tak tertahankan) dengan menggunakan Skala Distres Angka. Skala wajah nyeri wong-baker (skala gambar) dibuat terutama untuk anak yang sudah dapat berbicara, skala ini juga dapat digunakan untuk orang dewasa yang mengalami kesulitan mengekspresikan diri mereka sendiri atau orang lain yang tidak dapat berbicara dalam bahasa yang digunakan menurut (Aghadiati, 2017).



Gambar 2.1 Skala Distres Angka atau Numerik Rating Scale (NRS) 0-10

- Angka 0 artinya tidak nyeri
- Angka 1-3 nyeri ringan
- Angka 4-6 nyeri sedang
- Angka 7-10 nyeri berat



Gambar 2. 2 Skoring skala wajah

C. Proses Keperawatan

Menurut (Efendi, 2022) konsep proses keperawatan hipertensi terdiri dari pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi, dan evaluasi:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pertama dalam fase keperawatan. Assesmen

adalah kegiatan pengumpulan data pasien yang lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, social mau pun spiritual dapat ditentukan.

- a. Aktivitas atau istirahat Kelemahan, letih, nafas pendek, frekuensi jantung tinggi, takipea.
- b. Sirkulasi Riwayat hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung coroner, penyakit serebrovaskular, kenaikan TD, hipotensi postural, takikardi, perubahan warna kulit, suhu dingin.
- c. Integritas ego Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoris, faktor stres multiple, letupan seansa hati, gelisah, penyempitan kontinuu perhatian tangisan yang meledak, otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara.
- d. Eliminasi Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu.
- e. Makanan atau cairan Makanan yang disukai dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kolestrol, berat badan normal atau obesitas, adanya edema.
- f. Neurosensory Keluhan pusing atau pening, sakit kepala berdenyut, gangguan penglihatan, episode epistaksis, perubahan orientasi, penurunan kekuatan gengaman, perubahan retinal optic.
- g. Nyeri atau ketidaknyamanan Angina, nyeri yang hilang timbul pada tungkai, sakit kepala oksipital berat, nyeri abdomen.
- h. Pernafasan Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas, takipea, ortopnea, dyspnea nocturnal proksimal, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok distress respirasi atau penggunaan otot aksesoris pernapasan, bunyi nafas nafas tambahan, sianosis.
- i. Keamanan Gangguan koordinasi, cara jalan, episode paresthesia, hipotensi postural. Pembelajaran atau penyuluhan Faktor keluarga hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung, diabetes mellitus, faktor resiko etnik, penggunaan pil KB atau hormon.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Efendi, 2022) Diagnosa keperawatan menggambarkan reaksi individu atau kelompok manusia (resiko status kesehatan atau perubahan pola) dan diturunkan dari proses pengkajian pertama yang dilakukan melalui proses analitis. Diagnosa keperawatan pada klien dengan hipertensi mengacu pada SDKI (2017). Pergakan diagnosa keperawatan harus memenuhi beberapa persyaratan, antara lain pernyataan yang jelas dan ringkas dari reaksi klien terhadap situasi atau situasi tertentu, instruksi keperawatan yang spesifik dan akurat, dapat dilakukan oleh staf keperawatan, dan klien.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis ditandai dengan
 DS: Mengeluh nyeri
 DO: Tampak meringis, Gelisah, Tekanan darah meningkat
- b. penurunan curah berhubungan dengan frekuensi jantung ditandai dengan
 DS: Dispnea,
 DO: Tekanan darah meningkat, perubahan warna kulit.
- c. Gangguan Pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan
 DS: Mengeluh sulit tidur, Mengeluh sering terjaga, Mengeluh pola tidur berubah
 DO : (tidak tersedia)
- d. Kecemasan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan
 DS: Merasa bingung, Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, Sulit berkonsentrasi Objektif, Tampak gelisah
 DO: Objektif : Tampak gelisah, Tampak tegang, Sulit tidur
- e. Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan
 DS: Mengeluh lelah, Merasa lemas, Merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, Dispnea saat/setelah aktivitas
 DO: Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, Sianosis

3. Rencana keperawatan

Menurut (Efendi, 2022) Rencana keperawatan (intervensi) adalah setiap rencana tindakan yang dilakukan pada pasien untuk mengatasi masalah atau diagnosa yang dibuat pada pasien Rencana perawatan yang dikembangkan dengan baik mempromosikan Ini memberi semua staf perawat kesempatan untuk memastikan perawatan yang konsisten dan berkualitas. Beberapa langkah dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan meliputi penetapan prioritas, penetapan kriteria tujuan dan hasil yang diharapkan, penetapan intervensi keperawatan yang tepat, dan pembuatan rencana asuhan keperawatan.

Tabel 2.2

Rencana Keperawatan pada Gerontik Hipertensi sesuai SDKI SLKI dan SIKI

No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis (D.0077)</p> <p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 tampak meringis 2 Gelisah 3 Tekanan darah meningkat 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada keluhan nyeri 2. Meringis menurun 3. Klien tidak gelisah 4. Tekanan darah 120/80 mmHg 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	<p>Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload(D.0008). Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Perubahan warna Kulit <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Tekanan darah membaik 3. Warna kulit baik 	<p>Perawatan jantung</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curahjantung 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curahjantung 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 6. Monitor saturasi oksigen 7. Monitor keluhan nyeri dada 8. Monitor EKG 12 sadapan 9. Monitor aritmia 10. Monitor nilai laboratorium jantung 11. Monitor fungsi alat pacu jantung 12. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 13. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan diet jantung yang sesuai 3. Gunakan stocking elastic atau pneumatic intermiten, sesuai indikasi 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 6. Berikan dukungan emosional dan spiritual 7. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok 4. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian 5. Anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 2. Rujuk ke program rehabilitasi jantung.
3	<p>Gangguan pola tidur Berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur (D:0055) Data subjektif 1. Mengeluh sulit tidur</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak ada keluhan sulit tidur 2. Tidak ada keluhan sering terjaga 3. Pola tidur teratur 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan,

	<p>2. Mengeluh seringterjaga</p> <p>3. Mengeluh pola tidur berubah</p>		<p>kebisingan)</p> <p>2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</p> <p>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>4. Tetapkan jadwal tidur</p> <p>5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pengaturan posisi)</p> <p>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>4. Anjurkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</p> <p>6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara Non farmakologis lainnya</p>
4	<p>Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan Tingkat Ansietas dengan Kriteria hasil</p> <p>1. Khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun.</p> <p>2. Gelisah menurun.</p> <p>3. Pola tidur membaik.</p> <p>4. Tekanan darah membaik</p>	<p>Reduksi ansietas</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan.</p> <p>2. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Monitor respons Terhadap terapi relaksasi.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi</p>

			<p>yang tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif).</p> <p>2. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p>
5	Intoleransi Aktifitas berhubung dengan kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan toleransi aktifitas dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah membaik 2. Tekanan darah membaik 3. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan aman nyaman dan rendah stimulasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan aktifitas bertahap

Sumber: *SDKI, SLKI, SIKI*

4. Implementasi keperawatan

Menurut (Efendi, 2022) Implementasi keperawatan merupakan implementasi dari suatu rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Pengasuh harus memiliki keterampilan kognitif (intelektual), interpersonal, dan perilaku agar berhasil dalam memberikan perawatan sesuai dengan rencana perawatan. Proses implementasi harus didasarkan pada kebutuhan pelanggan, faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan, strategi implementasi perawatan, dan aktivitas komunikasi.

5. Evaluasi

Menurut (Melliany, 2019) Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan terhadap pasien yang berguna untuk menentukan apakah tujuan yang telah dilakukan tercapai atau tidak. Untuk mempermudah proses evaluasi perkembangan klien, maka digunakan SOAP yaitu sebagai berikut :

- a. S: data subjektif adalah informasi yang didapatkan dari hasil ungkapan klien setelah tindakan keperawatan diberikan
- b. O: data objektif adalah informasi yang didapatkan dari hasil pengamatan, penilaian pengukuran setelah tindakan keperawatan diberikan.
- c. A: analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan informasi objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian dapat diambil kesimpulan apakah masalah tersebut teratasi, masalah teratasi sebagian, atau masalah tidak teratasi.
- d. P: planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil dari analisa.