

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Penyakit

##### 1. Pengertian

*Hipertensi* atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan *abnormal* tekanan darah dalam pembuluh darah *arteri* yang mengangkut darah dari jantung dan memompa keseluruhan jaringan dan organ-organ tubuh secara terus-menerus lebih dari suatu periode (Irianto, 2014).

*Hipertensi* dapat didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi persisten, di mana tekanan sistoliknya di atas 140 *mmHg* dan tekanan diastoliknyanya di atas 90 *mmHg*. Pada populasi medula, hipertensi sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Abdul Majid, 2018).

*Hipertensi* adalah sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan darah *sistolik* diatas 140 *mmHg* dan tekanan *diastolik* di atas 90 *mmHg* (Syamsudin, 2011). Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal, jantung, dan otak bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai (Kemenkes RI 2013)

##### 2. Klasifikasi berdasarkan *etiologi* :

###### a. *Hipertensi esensial primer*

Sembilan puluh persen penderita *hipertensi* mengalami *hipertensi esensial primer*. Penyebabnya secara pasti belum diketahui. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya *hipertensi esensial* yaitu : faktor genetik, stress dan psikologis, faktor lingkungan, diet.

###### b. *Hipertensi sekunder*

Lebih mudah dikendalikan dengan penggunaan obat-obatan. Penyebab *hipertensi sekunder* diantaranya adalah : berupa kelainan ginjal, obesitas, retensi insulin, *hipertiroidisme*, dan pemakaian obat-obatan seperti kontrasepsi oral dan *kortikosteroid*.

3. Klasifikasi berdasarkan derajat *hipertensi Joint National Committee (JNC) 8*.

Tabel 1.1  
Klasifikasi *hipertensi*  
Berdasarkan derajat *hipertensi JNC*

Klasifikasi tekanan Darah	Tekanan darah <i>sistolik</i> (mmHg)	Tekanan darah <i>diastolik</i> (mmHg)
Normal	<120	<80
<i>Prahipertensi</i>	120-139	80-89
<i>Hipertensi</i> derajat 1	140-159	90-99
<i>Hipertensi</i> derajat 2	>160	>100

Sumber : Abdul Majid, 2018

4. Etiologi

Bagi kebanyakan orang dewasa, tidak ada penyebab pasti tekanan darah tinggi *primer (esensial)*. Tekanan darah tinggi jenis ini, cenderung berkembang secara bertahap selama bertahun-tahun. Sebaliknya, beberapa orang memiliki tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh kondisi yang mendasarinya atau disebut *hipertensi sekunder*. Tekanan darah tinggi jenis ini, cenderung muncul tiba-tiba dan menyebabkan tekanan darah lebih tinggi dari pada *hipertensi primer*. Berbagai kondisi dan pengobatan dapat menyebabkan *hipertensi sekunder*, termasuk *obstructive sleep apnea*, masalah ginjal, tumor kelenjar adrenal, masalah tiroid, cacat bawaan tertentu pada pembuluh darah, obat-obatan tertentu, seperti pil KB, pengobatan dingin, penghilang rasa sakit, obat-obatan ilegal. (Sugeng Jitowiyono, 2018).

5. Manifestasi klinis

Kebanyakan orang dengan tekanan darah tinggi tidak memiliki tanda atau gejala, bahkan jika pada pemeriksaan tekanan darah mencapai tingkatan yang sangat tinggi. Beberapa orang dengan tekanan darah tinggi mungkin mengalami sakit kepala, sesak napas atau mimisan, namun tanda dan gejala ini tidak spesifik dan biasanya tidak terjadi sampai tekanan darah tinggi telah mencapai stadium yang parah atau mengancam jiwa. (Sugeng Jitowiyono, 2018).

## 6. Patofisiologi

Tekanan disebabkan oleh jumlah darah yang di pompa keluar oleh jantung dan *resistensi vaskuler sistemik*. Jika diameter pembuluh darah menyempit yang di akibatkan oleh adanya *aterosklerosis* atau *vasokonstriksi* pembuluh darah maka akan terjadi mekanisme kompensasi dimana tekanan darah akan meningkat guna memaksa darah masuk ke dalam pembuluh darah yang sempit. Sebaliknya jika terjadi peningkatan volume (*viskositas*) dimana darah menjadi lebih kental, tekanan di pembuluh darah akan meningkat dan jantung akan berkerja lebih kuat untuk mengalirkan darah yang berada didalam pembuluh darah. Keadaan seperti cemas/stress mampu meningkatkan tekanan darah dengan menstimulasi saraf simpatis sehingga menyebabkan *vasokonstriksi perifer* dan meningkatnya tekanan darah. Selain itu adanya peningkatan insulin dalam darah juga menstimulasi sistem saraf simpatis sehingga menyebabkan terjadinya *vasokonstriksi perifer* dan meningkatkan tekanan darah (Dewit, 2013).

## 7. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Sugeng Jitowiyono (2018), pengukuran tekanan darah, biasanya dilakukan dengan peletakan manset tangan tiup dilengan dan tekanan darah ditentukan menggunakan alat ukur tekanan pembacaan tekanan darah, dinilai dalam *mmHg* memiliki dua angka. Nomor pertama (atau atas), mengukur tekanan di arteri saat jantung berdetak (tekanan *sistolik*), yang kedua (atau lebih rendah) mengukur ukuran tekanan di arteri antara ketukan (tekanan *distolik*). Pengukuran tekanan darah di bagi menjadi empat kategori :

- a. Tekanan darah normal, jika berada dibawah 120/80 *mmHg*.
- b. *Pre-hipertensi* adalah tekanan *sistolik* yang berkisaran antara 120 sampai 139 *mmHg* atau tekanan *distolik* berkisar antara 80 sampai 89 *mmHg*. *Pre-hipertensi* cenderung memburuk seiring berjalannya waktu.
- c. *Hipertensi* tahap satu, adalah tekanan *sistolik* yang berkisar antara 140 sampai 159 *mmHg* atau tekanan *distolik* antara 90 sampai 99 *mmHg*.
- d. *Hipertensi* tahap dua, *hipertensi* yang lebih parah, *hipertensi* tahap dua adalah tekanan *sistolik* 160 *mmHg* atau lebih tinggi tekanan *diastolik* 100

*mmHg* atau lebih tinggi. Kedua angka dalam pembacaan tekanan darah sangat penting namun, bagi klien pada usia 60 tahun ke atas, pembacaan *sistolik* lebih signifikan, *hipertensi sistolik* terisolasi adalah suatu kondisi di mana tekanan *diastolik* normal (kurang dari 90 *mmHg*) namun tekanan *sistolik* tinggi (lebih besar dari 140 *mmHg*). *Hipertensi* ini adalah jenis tekanan darah tinggi yang umum diantara orang-orang yang berusia lebih dari 60 tahun. Pembacaan tekanan darah tinggi bisa dilakukan dua sampai tiga kali sebelum tekanan darah tinggi benar-benar terdiagnosis. Jika klien memiliki tekanan darah tinggi, riwayat kesehatan dan pemeriksaan juga harus dilakukan tes rutin, seperti tes urin (*urinalisis*), tes darah, tes kolesterol dan *elektro kolekterogram* bisa dikonstruksikan untuk klien. Selain itu, tes tambahan, seperti *echolcardigram*.

#### 8. Penatalaksanaan

*Theraphy* yang diberikan pada klien tekanan darah tinggi yang terdiri dari terapi *farmakologis* dan *non-farmakologis*. Pada klien *pre-hipertensi* terapi *non-farmakologis* seperti modifikasi pola hidup lebih diperlukan dibanding *farmakologis*. Tujuan pemberian terapi pada tahap ini adalah menurunkan resiko berkembangnya penyakit *hipertensi*. Adapun modifikasi pola hidup yang disarankan yaitu diet rendah lemak, perbanyak makan sayur dan buah-buahan, mengurangi konsumsi sodium (<2,4gram per hari), menghilangkan kebiasaan minum alkohol dan meningkatkan aktivitas fisik seperti jalan cepat selama 30 menit perhari.

Pada penderita yang telah masuk tahap *hipertensi* selain modifikasi gaya hidup, pemberian terapi *farmakologis* juga diperlukan. Tujuan pemberian terapi yaitu mencapai target tekanan darah ditentukan yaitu <140/90 *mmHg* sedangkan pada penderita *hipertensi* dengan diabetes, penyakit ginjal dan penyakit kardiovaskular target tekanan darah yaitu <130/80 *mmHg* (Blush,2014).

Beberapa obat anti-*hipertensi* yang sering digunakan yaitu *diuretik tiazid*, *angiotensin-converting enzyme inhibitors* (ACEIs), *angiotensin receptor blockers* (ARBs), *beta blockers* (BBs) dan *calcium channel blockers*, *central*

*a2* dan *vasodilator langsung*. Pada *hipertensi* stadium I awal biasanya penggunaan *single-drug therapy* masih efektif. Namun pada stadium I akhir dan stadium II kadang diperlukan kombinasi dua atau lebih obat anti-*hipertensi* seperti *angiotensin-converting enzyme inhibitors* (ACEIs), *angiotensin receptor blockers* (ARBs), *beta blockers* (BBs) dan *calcium channel blockers* (CCBs) .

Menganjurkan klien makan makanan yang sehat dengan sedikit garam, asupan garam tidak lebih dari ¼-1/2 sendok teh : 6 gram/hari, berolahraga secara teratur berupa: jalan, jogging, bersepeda 20-25 menit dengan frekuensi 3-5 x per minggu, dengan mempertahankan berat badan yang ideal, menghindari minuman berkafein, minuman berakohol, istirahat yang cukup 6-8 jam dan mengendalikan stress. (Sugeng Jitowiyono, 2018).

Keluhan utama yang dialami oleh penderita *hipertensi* biasanya adalah nyeri kepala, nyeri kepala pada penderita *hipertensi* biasanya terjadi karena adanya peningkatan atau tekanan darah tinggi dimana hal ini terjadi karena adanya penyumbatan pada sistem peredaran darah baik dari jantungnya dan serangkaian pembuluh darah di *arteri* dan *vena* yang menyangkut pembuluh darah. Hal itu membuat aliran darah di sirkulasi dan menyebabkan tekanan meningkat, untuk mengatasi hal ini bisa dilakukan dengan cara *non-farmakologi* yaitu teknik relaksasi nafas dalam, cara ini sangat dianggap mudah dan bisa dilakukan dengan berkonsentrasi penuh, rileks, dan lingkungan yang nyaman. Menurut (Ervan 2013, dalam Nurtanti & Puspitaningrum 2017) Latihan nafas dalam merupakan suatu bentuk terapi *non-farmakologis*, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada *klien* bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas dalam lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri teknik relaksasi nafas dalam juga meningkatkan oksigenasi dalam darah.

Salah satu terapi *nonfarmakologi* yang dapat menurunkan tekanan darah adalah memberikan aromatherapy , hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh terapi aromatherapy terhadap penurunan tekanan darah pada pasien *hipertensi* di desa Kesesi kecamatan Kesesi kabupaten Pekalongan. Hal ini dibuktikan dengan rata-rata tekanan darah *sistolik* sebelum diberikan terapi

aromatherapy yaitu 156,46 *mmHg* dan rata-rata tekanan darah *sistolik* setelah diberikan terapi aromatherapy 138 *mmHg*, rata-rata tekanan darah *diastolik* sebelum diberikan terapi aromatherapy yaitu 93 *mmHg* dan setelah diberikan terapi aromatherapy dalam rata-rata 86,46 *mmHg*.  
(Dwi Hartanti Dkk 2016).

## 9. Komplikasi

Menurut Setiati (2015), komplikasi pada tekanan darah tinggi mengganggu berbagai kerusakan organ salah satunya jantung dimana mampu terjadi *hipertrofi ventrikel kiri*, *angina* atau *infark miokard* dan gagal jantung *kongesif*. *Stroke* bisa timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak. sehingga embolus yang terlepas dari pembuluh darah otak yang terpajan tekanan tinggi. *Stroke* mampu terjadi pada tekanan darah tinggi kronik apabila arteri yang mengalirkan darah ke otak mengalami *hipertropi* dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah yang diperdarahinya sedikit. Arteri-arteri otak yang mengalami *arteriosklerosis* mampu melemah akibatnya meningkatkan kemungkinan terbentuknya *aneurisma*. Tekanan darah tinggi yang tak terkontrol juga mampu menimbulkan komplikasi penyakit ginjal kronis dan penyakit ginjal, *retinopati*, *stroke* dan penyakit *arteri perifer*. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif sehingga tekanan tinggi pada kapiler ginjal, *glomerulus*. Jika *glomerulus* terganggu, darah akan mengalir ke unit fungsional ginjal, *nefron* akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi *hipoksia* dan kematian. Dengan rusaknya membran *glomerulus* protein akan keluar melalui urin akibatnya tekanan *osmotik koloid plasma* berkurang, menyebabkan edema yang sering diketahui pada tekanan darah tinggi kronik. Infark miokard juga dapat terjadi apabila arteri koroner yang arteriosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut *Stroke* dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi, dan gagal ginjal juga dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler.

## B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

### 1. Konsep kebutuhan dasar

Berikut adalah gambaran teori kebutuhan menurut Abraham Maslow :



*Sumber : <https://www.simulasikredit.com/mengenal-hirarki-kebutuhan-dalam-piramida-maslow/>*

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan dasar manusia dapat digolongkan menjadi 5 tingkat kebutuhan, yang telah diurutkan dari tingkat kebutuhan yang paling penting yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan yang lainnya dipenuhi, yaitu :

- a. Kebutuhan fisiologis terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat, dan tidur, keseimbangan suhu tubuh, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. 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.
- c. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri maupun 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.

- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hirarkhi Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (kasitai & Ni Wayan, 2016).

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

- a. Pengertian nyeri

Nyeri adalah suatu keadaan di mana individu mengalami dan melaporkan adanya ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi tidak menyenangkan. (Gustina & Een Raenah, 2013).

- b. Fisiologis nyeri

Fisiologi nyeri yaitu bagaimana nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat mana nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sitem saraf serta interprestasi stimulus.

- c. Bentuk nyeri

Secara umum, bentuk nyeri terbagi dari nyeri akut dan kronis :

- 1) Nyeri akut : Biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Gejalanya mendadak, dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui dan ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.
- 2) Nyeri kronis : Berlangsung lebih dari enam bulan. Sumber nyeri diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya



tidak dapat disembuhkan. Dampak nyeri ini antara lain penderita menjadi mudah tersinggung dan sering mengalami *insomnia*. Akibatnya kurang perhatian, sering merasa putus asa (Mubarak & Chayatin 2007)

d. Cara pengukuran nyeri

Ada beberapa cara pengukuran nyeri, antara lain adalah intensitas nyeri dan dapat diukur dengan beberapa cara, antara lain :

a. Skala nyeri menurut Hayward: Dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari (0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan. Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut :

- 1) 0 = Tidak nyeri
- 2) 1-3 = Nyeri ringan
- 3) 4-6 = Nyeri sedang
- 4) 7-9 = Sangat nyeri tetapi masih dapat dikendalikan
- 5) 10 = Sangat nyeri dan tidak dapat dikendalikan

b. Skala nyeri menurut McGIII : Dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari (0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan. Skala nyeri menurut McGIII dapat dituliskan sebagai berikut :

- 1) 0 = Tidak nyeri
- 2) 1 = Nyeri ringan
- 3) 2 = Nyeri sedang
- 4) 3 = Nyeri berat atau parah
- 5) 4 = Nyeri sangat berat
- 6) 5 = Nyeri hebat

e. Istirahat dan Tidur

Tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur dikarakteristikan dengan

aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran bervariasi, perubahan proses fisiologi tubuh, dan penurunan respons terhadap stimulus eksternal. (Mubarak & Chayatin 2008)

Menurut Hidayat & Uliyah (2015) kebutuhan tidur pada manusia berdasarkan usia:

Tabel 1.2 Kebutuhan Tidur Manusia

Usia	Tingkat Perkembangan	Jumlah Kebutuhan Tidur
0-1 bulan	Masa neonatus	14-18 jam/jam
1 bulan- 18 bulan	Masa bayi	12-14 jam/hari
18 bulan- 3 tahun	Masa anak	11-12 jam/hari
3 tahun- 6 tahun	Masa prasekolah	11 jam/hari
6 tahun- 12 tahun	Masa sekolah	10 jam/hari
12 tahun- 14 tahun	Masa remaja	8,5 jam/hari
14 tahun- 18 tahun	Masa dewasa muda	7-8 jam/hari
40 tahun- 60 tahun	Masa paruh baya	7 jam/hari
60 tahun ke atas	Masa dewasa tua	6 jam/hari

Sumber: Hidayat & Uliyah, 2015

f. **Aktivitas dan fisik**

Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Salah satu tanda kesehatan adalah adanya kemampuan seseorang melakukan aktivitas seperti berdiri, berjalan dan bekerja. Kemampuan aktivitas seseorang tidak terlepas dari keadekuatan sistem persarafan dan musculoskeletal. (Heriana 2014)

Gangguan aktivitas yaitu tidak mampu bergerak secara mandiri atau perlu bantuan orang lain, memiliki hambatan dalam berdiri dan memiliki hambatan dalam berjalan (Potter & Perry 2010)

### C. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

#### 1. Pengkajian

##### a. Aktivitas atau istirahat

Kelemahan, letih, nafas pendek, frekuensi jantung tinggi, *takipnea*.

- b. Sirkulasi: riwayat *hipertensi*, *arterosklerosis*, penyakit jantung koroner, penyakit *serebrovaskular*, kenaikan tekanan darah, *hipotensi postural*, *takhikardi*, perubahan warna kulit, suhu dingin.
- c. Integritas ego: riwayat perubahan kepribadian, *ansietas*, depresi, *euphoria*, faktor stress multiplel, letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak, otot muka tegang, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara.
- d. Eliminasi : gangguan ginjal saat ini atau yang lalu.
- e. Makanan/cairan: makanan yang disukai dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kolestrol, berat badan normal atau obesitas, adanya edema.
- f. Neurosensori: keluhan pusing atau pening, sakit kepala berdenyut, gangguan penglihatan, *episode epistaksis*, perubahan orientasi, penurunan kekuatan genggam, perubahan *retinal optik*.
- g. Nyeri atau ketidaknyamanan: *angina*, nyeri yang hilang timbul pada tungkai, sakit kepala *oksipital* berat, nyeri *abdomen*.
- h. Pernapasan: *dispnea* yang berkaitan dengan aktivitas, *takipnea*, *ortopnea*, *dispnea nokturnal proksimal*, batuk dengan atau tanpa *sputum*, riwayat merokok, *distres respirasi* atau penggunaan otot aksesoris pernapasan, bunyi napas tambahan, *sianosis*.
- i. Keamanan  
Gangguan koordinasi, cara jalan, *episode parestesia*, *hipotensi postural*.
- j. Pembelajaran atau penyuluhan: Faktor keluarga *hipertensi*, *arterosklerosis*, penyakit jantung, diabetes melitus, faktor risiko *etnik*, penggunaan pil KB atau hormon. (Abdul Masjid, 2018).

## 2. Diagnosa keperawatan

Menurut Nurarif Amin Huda & Kusuma Hardi (2013), diagnosa yang lazim muncul pada *hipertensi* sebagai berikut :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan *afterload*, perubahan frekuensi jantung.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis.
- d. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- f. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi.

### 3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan adalah suatu proses dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang suatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan 2012)

Pada tahap perencanaan, ada empat hal yang harus diperhatikan, yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan, melakukan kriteria hasil, dan merumuskan intervensi (Tarwoto 2015).

Rencana keperawatan ini berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Tabel 2.1  
Rencana Keperawatan  
Berdasarkan SDKI, SLKI, SIKI

Hari/ Tanggal	DX KEP	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri (D.0077)	<b>Tingkat Nyeri</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Sikap protektif menurun	<b>Manajemen Nyeri</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <b>Teraupetik</b> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. aromaterapi,

1	2	3	4
		<p>6. Menarik diri menurun  7. Muntah menurun  8. Mual menurun  9. Pola nafas membaik</p> <p><b>Kontrol nyeri</b>  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat</li> <li>3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat</li> <li>4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat</li> <li>5. Dukungan orang terdekat meningkat</li> <li>6. Keluhan nyeri menurun</li> <li>7. Penggunaan analgesik menurun</li> </ol>	<p>kompres hangat/dingin)  2.Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, kebisingan)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2.Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3.Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meringkangi rasa nyeri</li> <li>4.Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol> <p><b>Pemberian analgetik</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi.</li> <li>2.Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>3.Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri.</li> <li>4.Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik.</li> <li>5.Monitor efektifitas analgesik.</li> </ol> <p><b>Teurapetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu.</li> <li>2.Pertimbangkan penggunaan infuse</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum.</p> <p>3. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respond pasien.</p> <p>4. Dokumentasikan respond terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat.</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi.</p>
2.	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi (D.0080)</p>	<p><b>Tingkat Ansietas</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> <li>5. Keluhan pusing.</li> <li>6. Anoreksia menurun</li> <li>7. Konsentrasi membaik</li> <li>8. Pola tidur membaik</li> <li>9. Tekanan darah</li> </ol>	<p><b>Dukungan Tidur</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis. Kebisingan, suhu, tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>3. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Jelaskan Anjurkan</li> </ol>

1	2	3	4
		<p>membaik</p> <p><b>Kontrol Diri</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun</li> <li>2. Verbalisasi umpatan menurun</li> <li>3. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun</li> <li>4. Perilaku agresif/amuk menurun</li> <li>5. Suara keras menurun</li> <li>6. Perasaan depresi menurun</li> <li>7. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun</li> </ol>	<p>menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup)</p>
3.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah (D.0056)</p>	<p><b>Toleransi Aktivitas</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan lelah menurun</li> <li>2. Dispnea saat aktivitas menurun</li> <li>3. Dispnea setelah aktivitas menurun</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> <li>6. Kemudahan melakukan aktivitas</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> </ol>

1	2	3	4
		<p>sehari-hari meningkat</p> <p><b>Ambulasi</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ambulasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menopang berat badan meningkat</li> <li>2. Berjalan dengan langkah yang efektif meningkat</li> <li>3. Nyeri saat berjalan menurun</li> <li>4. Kaku pada persendian menurun</li> <li>5. Keengganan berjalan menurun</li> </ol> <p>Perasaan khawatir saat berjalan</p>	<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol> <p><b>Terapi Aktivitas</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>3. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang.</li> <li>4. Monitor respond emosional, fisik social, dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol> <p><b>Teurapetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi fokus pada kemampuan bukan defisit yang dialami</li> <li>2. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>3. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>4. Fasilitasi aktivitas rutin</li> <li>5. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</li> <li>6. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</li> </ol>



1	2	3	4
			<p>7. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</li> <li>2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</li> <li>4. Anjurkan keluarga untuk member penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</li> </ol>
4.	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	<p><b>Perfusi Serebral</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sakit kepala menurun</li> <li>2. Gelisah menurun</li> <li>3. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>4. Tekanan darah diastolik membaik</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kognitif meningkat</li> <li>7. Tekanan arteri rata-rata membaik</li> <li>8. Tekanan intrakranial Membaik.</li> </ol>	<p><b>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. gangguan metabolisme)</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat)</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang terang (mis. pencahayaan ruangan, kebisingan)</li> <li>4. Berikan posisi semi Fowler</li> <li>5. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p><b>Pemantauan tekanan intrakranial</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi defisit kognitif atau fisik pasien</li> </ol>

1	2	3	4
		<p><b>Mobilitas fisik</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> <li>7. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>yang dapat meningkatkan potensi terjatuh dilingkungan tertentu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko terjatuh</li> <li>3. Identifikasi riwayat jatuh</li> <li>4. Identifikasi karakteristik lingkungan yang dapat meningkatkan potensi jatuh (mis. lantai licin dan tangga terbuka)</li> </ol> <p><b>Teurapetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>

Sumber : SDKI,SIKI,SLKI

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan secara mandiri (*Independen*) : tindakan yang dilakukan sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya atau menanggapi reaksi ini karena adanya *stressor*.

Saling ketergantungan (*Interdependent*/kolaborasi) : adalah sebuah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim perawat atau dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter, fisioterapi, analisis kesehatan, kesehatan lingkungan dan lain-lain.

Rujukan/ketergantungan (*Dependen*) : adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, diantaranya : dokter, psikolog, psikiater, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain (Tarwoto, 2015)

## 5. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Untuk mempermudah proses mengevaluasi/memantau perkembangan klien. Digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut:

- a. S : data subjektif adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- b. O : data objektif adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan setelah tindakan dilakukan.
- c. A : analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
- d. P : *planning* adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni & Apriyani 2017).