

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep penyakit *hipertensi*

1. Definisi

Tekanan darah adalah kekuatan yang diberikan oleh darah kedinding pembuluh darah. Tekanannya tergantung pada pekerjaan yang dilakukan oleh jantung dan daya tahan pembuluh darah. *Hipertensi* adalah nama lain untuk tekanan darah tinggi. *Hipertensi* dapat menyebabkan komplikasi parah dan meningkatkan resiko penyakit jantung, stroke, dan kematian. Pedoman medis mendefinisikan *hipertensi* sebagai tekanan darah lebih tinggi dari 140 di atas 90 milimeter merkuri (mmHg) (Jitowiyono 2018 : 205).

2. Klasifikasi

a. *Hipertensi* primer atau esensial

Adalah tekanan darah yang tidak disebabkan oleh kondisi lain atau penyakit. *Hipertensi* primer dapat terjadi akibat berbagai faktor, aktivitas hormon yang mengatur volume dan tekanan darah. Hal ini juga seperti dipengaruhi oleh faktor lingkungan, seperti stres, dan kurang olahraga. (Jitowiyono, 2018 : 206)

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. (Jitowiyono, 2018 : 206)

Tabel 2.1

Klasifikasi *hipertensi* berdasarkan derajat (Asikin,dkk 2015: 74)

Derajat	Tekanan <i>Sistolik</i> (mmHg)	Tekanan <i>Diastolik</i> (mmHg)
Normal	Kurang dari >120	Kurang dari <80
<i>Prahipertensi</i>	120 – 139	80 – 89
<i>Hipertensi</i> stadium 1	140 – 159	90 – 99
<i>Hipertensi</i> stadium 2	Lebih dari 160	Lebih dari 100

3. Etiologi

Bagi kebanyakan orang, tidak ada penyebab pasti tekanan darah tinggi Primer (*esensial*) dapat terjadi. Tekanan darah tinggi jelas ini, cenderung berkembang secara bertahap selama bertahun-tahun. Begitu pun sebaliknya ada beberapa orang memiliki tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh kondisi penyakit atau disebut *hipertensi* sekunder. (Jitowiyono, 2018 : 205)

Adapun penyebab faktor penyebab tekanan darah tinggi tersebut antara lain :

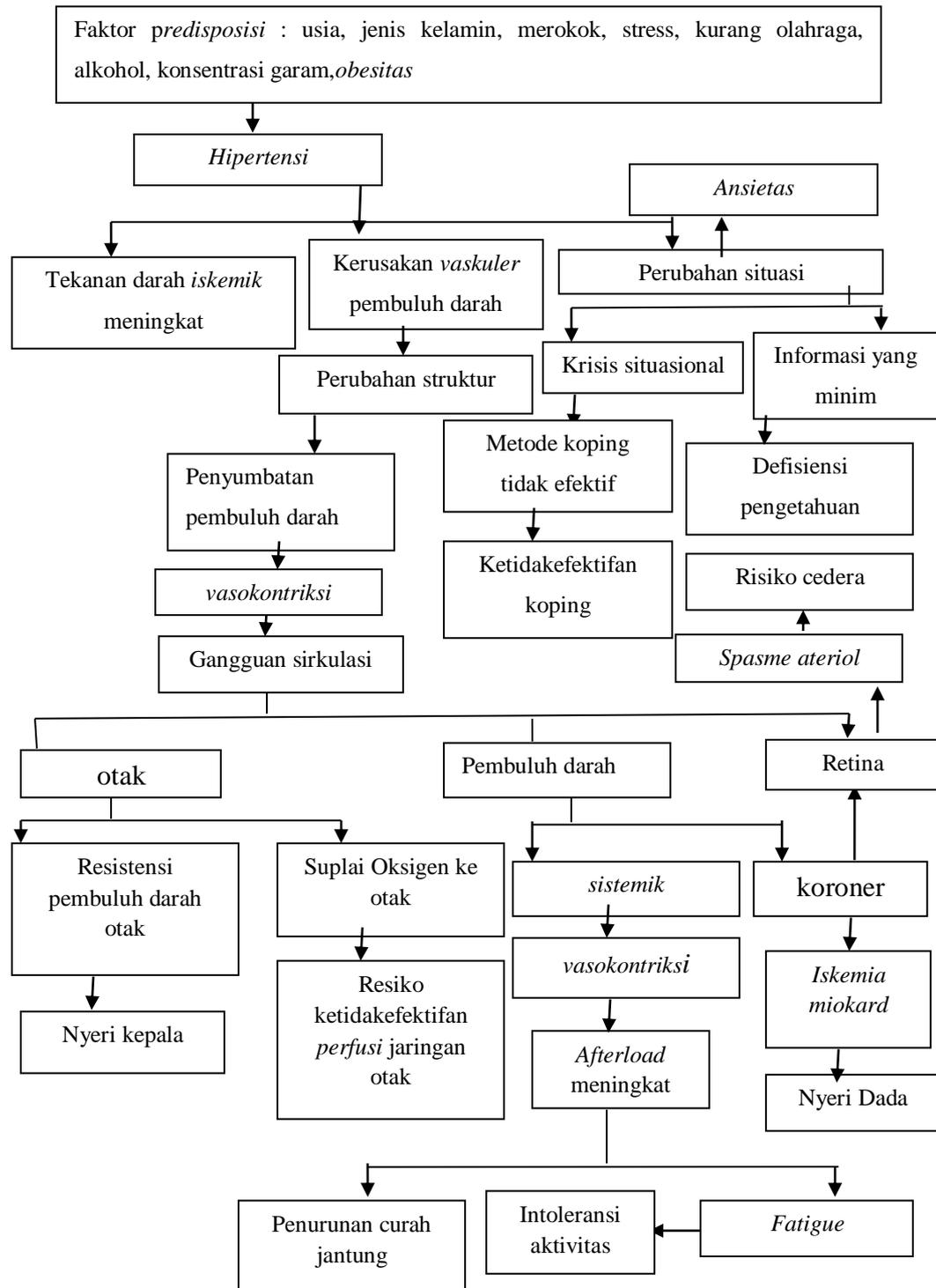
- a. Keturunan. Jika seseorang memiliki orang tua yang memiliki, maka kemungkinan ia sebagai keturunan menderita tekanan darah tinggi yang lebih besar.
- b. Usia. Pengidap *hipertensi* yang berusia 35 tahun meningkatkan insidensi penyakit arteri dan kematian prematur.
- c. Kebiasaan hidup. Yang sering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

4. Patofisiologi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah di dalam arteri bisa terjadi melalui 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. Darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Ini yang terjadi pada usia lanjut, di mana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis (A.Majid.2018 : 12)

Reseptor yang menerima perubahan tekanan darah yaitu refleksi baroreseptor yang terdapat pada sinus karotis dan arkus. Pada hipertensi, karena adanya berbagai gangguan genetik dan resiko lingkungan, maka terjadi gangguan neurohormonal yaitu saraf pusat dan sistem renin-angiotensin-aldosteron, serta terjadinya inflamasi dan resistensi insulin. Resistensi insulin dan gangguan neurohormonal menyebabkan vasokonstriksi sistemik dan peningkatan resistensi perifer. Inflamasi menyebabkan gangguan ginjal yang disertai gangguan sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAA) yang menyebabkan retensi garam dan air di ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume darah. Peningkatan resistensi perifer dan volume darah merupakan dua penyebab utama terjadi hipertensi. Pusat yang menerima implus yang dapat mengenali keadaan tekanan darah terletak pada medula di otak (M.Asikin,dkk.2016 : 77)

Gambar 2.1

Pathway Hipertensi

Sumber : Amin & Hardhi (2013 :216)

5. Manifestasi klinis

Menurut Adinil (2004) menyatakan para penderita *hipertensi* biasanya: pusing, mudahmarah, telinga berdengung, sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di tekuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, dan mimisan (jarang dilaporkan).

Individu yang menderita *hipertensi* kadang tidak menampilkan 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 azetornia 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 diagnostic

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 berkerja pada ginjal untuk membantu tubuh menghilangkan sodium dan air, sehingga mengurangi volume, *diuretik thiazide* meliputi *hydrochlorothiazide (Microzide)*, *chlorthalidone* dan lain-lain.
- 2) Penghambat beta (*betsbloker*). 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 termaksud dalam ACE antara lain *lisinopril (zestril)*, *benazepril (lotessin)*, *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 (ccozaar)*, *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 termaksud obat ini antara lain *amlodipin (norvasc)*, *diltiazem (cardizem, tiazac*, dan lainnya).
- 6) Penghambat renin. *Aliskiren (tekturnal)* memperlambat produksi renin, enzim yang diproduksi oleh ginjal, yang memulai serangkaian langkah kimia meningkatkan tekanan darah. Karena resiko komplikasi serius, termaksud stroke, klien sebaliknya tidak menggunakan *Aliskiren* dengan ACE inhibitor atau ARB. (Jitowiyanto, 2018 : 213)

b. Terapi non farmakologi

Menurut Sugeng Jitowiyanto,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 6-8jam/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 tonjolan abnormal di dinding arteri yang bisa meledak, menyebabkan pendarahan hebat dan dalam beberapa kasus kematian
- c. Gagal ginjal
- d. Amputasi *retinopatihipertensi* dimata, yang bisa menyebabkan kebutaan

e. Stroke (Jitowiyono 2018 : 209)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

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

1. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuma), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis.
 - a. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya.
 - b. 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 berintraksi dengan orang lain, dan sebagainya.
3. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga memiliki sahabat, diterima oleh kelompok social, dan sebagainya.
4. 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.
5. 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)

C. Proses keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian merupakan proses pengumpulan data yang dilaksanakan dengan berbagai cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic dan lain lain) untuk mendapatkan informasi tentang kondisi kesehatan klien, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar (Suarni & Apriyani 2017)

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : kelemahan, kelelahan, napas pendek, gaya hidup monoton

Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung

b. Sirkulasi

Gejala : riwayat *hipertensi*, *arterosklerosis*, penyakit jantung koroner, penyakit *serebrovaskular*

Tanda : kenaikan tekanan darah, *hipotensi postural*, *takikardi*, perubahan warna kulit, suhu dingin.

c. Integritas ego

Gejala: riwayat perubahan kepribadian, *ansietas*, depresi, *euphoria*, faktor stres multiple

Tanda : letupan suasana hati, gelisah, tangisan yang meledak, otot muka tegang, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara

d. Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini atau yang lalu

e. Makanan/Cairan

Gejala : makanan yang disukai dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak, dan kolesterol

Tanda : berat badan normal atau *obesitas*, adanya *edema*

f. Neurosensori

Gejala : keluhan pusing atau pening, sakit kepala, sakit kepala berdenyut, gangguan penglihatan, episode *epistaksis*

Tanda : perubahan orientasi, penurunan kekuatan genggaman

g. Nyeri atau kenyamanan

Gejala : angina, nyeri yang hilang timbul, sakit kepala berat, nyeri *abdomen*

h. Pernapasan

Gejala : *dispnea* yang berkaitan dengan aktivitas, *takipnea*, *ortopnea*, *dipsnea nokturnal*, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok

Tanda : distress respirasi atau penggunaan otot bantu pernapasan, bunyi napas tambahan, *sianosis*

i. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi, cara berjalan

Tanda : episode *parestesia*, *hipotensi*

j. Pembelajaran/penyuluhan

Gejala : faktor resiko keluarga : *hipertensi*, penyakit jantung, *diabetes melitus*, penggunaan pil KB atau hormon.

2. Diagnosa keperawatan yang muncul

Tahapan ini adalah kegiatan menyimpulkan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar yang di alami oleh klien dengan cara merumuskan dalam bentuk kalimat yang terstandar (Suarni&Apriyani,2017)

Menurut Amin & Hardhi (2013 : 215), diagnosa yang lazim muncul pada *hipertensi* adalah:

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*, perubahan frekuensi jantung
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (*peningkatan vaskuler serebral*)

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
 - d. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
 - e. Risiko *perfusi serebral* tidak efektif berhubungan dengan *hipertensi*
3. Perencanaan di susun untuk menyelesaikan masalah yang di alam iklien , masalah yang di rumuskan dalam diagnosa keperawatan. dalam menyelesaikan masalah ini juga harus menggunakan standar. Perencanaan yang disusun terdiri dari perencanaan tujun outcome dan perencanaan tindakan interfention, setandar perencanaan dalam keperawtan di antaranya adalah standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan (SLKI) (Suarni& Apriyani,2017)

Table Rencana Keperawatan

Tabel 2.4

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
1	2	3	4
1	Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung	<p>Keefektifan Pompa Jantung (Kode 400, Hal 115)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah <i>sistol</i> (5) 2. Tekanan darah <i>diastol</i> (5) 3. Mual (5) 4. Kelelahan (5) 5. <i>Intoleransi aktivitas</i> (5) <p>Status Sirkulasi (Kode 401, Hal 561)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah (5) 2. Saturasi oksigen (5) 3. <i>Capillary Refill Time</i> (5) 4. Wajah Pucat (5) 5. Penurunan suhu 	<p>Perawatan Jantung(Kode 4040, Hal 364)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instrusikan untuk segera melapor jika merasakan nyeri dada 2. Evaluasi nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi, dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada) 3. Monitor tanda-tanda vital secara rutin 4. Monitor status pernapasan terkait dengan adanya gejala gagal jantung 5. Evaluasi perubahan tekanan dara 6. Monitor EKG 7. Monitor toleransi aktivitas pasien 8. Lakukan terapi relaksasi

		kulit (5) 6. Mati rasa (5) 7. Kelelahan (5)	<p>Pengaturan <i>Hemodinamik</i> (Kode 4150, Hal 304)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian <i>hemodinamika</i> secara komprehensif seperti tekanan darah, nadi, irama, dengan tepat 2. Kurangi kecemasan dengan memberikan informasi yang akurat 3. Jelaskan tujuan perawatan 4. Identifikasi adanya tanda peringatan dini sistem <i>hemodinamika</i> yang di kompromikan (misalnya <i>dyspnea</i>, sangat kelelahan, pusing, melamun, <i>edema</i>, perubahan berat badan tiba-tiba) 5. Tentukan status <i>perfusi</i> dingin atau hangat 6. Berkolaborasi dengan dokter sesuai indikasi
--	--	---	---

1	2	3	4
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Peningkatan tekanan <i>vaskluer</i> <i>serebral</i>)	<p>Kontrol Nyeri (Kode 1605, Hal 247) Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenali kapan nyeri terjadi (5) 2. Menggambarkan faktor penyebab (5) 3. Menggunakan teknik pengurangan (nyeri) tanpa <i>analgesik</i> (5) 4. Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri (5) <p>Tingkat Nyeri (Kode 2102, Hal 577) Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri yang dilaporkan (5) 2. Menggerang dan menangis (5) 3. Ekspresi wajah terhadap nyeri (5) 4. Tidak bisa istirahat (5) 5. Berkeringat berlebihan (5) 	<p>Manajemen Nyeri (Kode 1400, Hal 198)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, durasi, frekuensi 2. Monitor Tanda-tanda vital 3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri 4. Identifikasi bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri 5. Kurangi faktor-faktor yang dapat meningkatkan nyeri 6. Ajarkan teknik <i>nonfarmakologi</i> (seperti teknik relaksasi)

			<p>7. Dorong klien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri</p> <p>8. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti kebisingan, suhu ruangan, pencahayaan</p> <p>9. Kolaborasi pemberian terapi sesuai indikasi</p>
			<p>Pemberian Analgesik (Kode 2210, Hal 247)</p> <p>1. Tentukan lokasi nyeri, kualitas, dan keparahan sebelum penghambatan</p> <p>2. Beri obat dengan prinsip 6 benar</p> <p>3. Cek riwayat alergi obat</p> <p>4. Berikan kebutuhan kenyamanan dan</p>

			<p>aktivitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk memfasilitasi penurunan nyeri</p> <p>5. Evaluasi keefektifan <i>analgesik</i></p>
3	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<p>Daya Tahan (Kode 1, Hal 80)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan aktivitas rutin (5) 2. Aktivitas fisik (5) 3. Konsentrasi (5) 4. Tenaga yang terkuras (5) 5. Kelelahan (5) 	<p>Manajemen Energi (Kode 180, Hal 177)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami 2. Tentukan persepsi pasien/orang terdekat dengan pasien mengenai penyebab kelelahan 3. Monitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan yang dialami pasien selama beraktivitas 4. Kurangi ketidaknyamanan fisik yang dialami pasien

			5. Evaluasi secara bertahap kenaikan level aktivitas pasien
		<p>Toleransi terhadap Aktivitas (Kode 5, Hal 582)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan berjalan (5) 2. Jarak berjalan (5) 3. Kemampuan untuk berbicara ketika melakukan aktivitas fisik (5) 4. Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian atau <i>Activities of Daily Living (ADL)</i> (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Kurangi ketidaknyamanan fisik yang dialami pasien 7. Bantu pasien dalam beraktivitas sehari-hari yang teratur sesuai kebutuhan (ambulasi, berpindah, Bergerak, dan perawatan diri) 8. Monitor respon oksigenasi pasien (misalnya, tekanan darah, pernapasan) 9. Batasi stimulasi lingkungan (misalnya cahaya atau kebisingan) untuk

			<p>memfasilitasi relaksasi</p> <p>Terapi Aktivitas (Kode 4310, Hal 431)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bantuklien mengidentifikasi dan memperoleh sumber-sumber yang diperlukan untuk aktivitas- aktivitas yang diinginkan2. Bantupasien fokus pada kekuatan di bandingkan dengan kelemahan3. Bantu klien dan keluarga untuk mengidentifikasi kelemahan dalam aktivitas tertentu4. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang diinginkan
--	--	--	---

1	2		4
4	Ansitas berhubungan dengan krisis situasional	<p>Tingkat Kecemasan (Kode 1120, Hal 572)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak dapat beristirah(5) 2. Perasaan gelisah (5) 3. Kesulitan berkonsentr(5) 4. Rasa cemas yang di sampaikan secar lisan(5) <p>Tingkat kecemasan sosial (kode 1216, hal 573)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari situasi sosial (5) 2. Menghindari dengan orang yang tidak dikenal(5) 3. Takut diawasi orang lain 4. Takut berinteraksi dengan orang lain (5) 	<p>Pengurangan Kecemasan(Kode 5820, Hal 319)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 2. Dengarkan klien 3. Puji/kuatkan perilaku yang baik secara tepat 4. Ciptakan rasa aman untuk meningkatkan kepercayaan 5. Dorong verbalisasi perasaan, persepsi, ketakutan 6. Bantu mengidentifikasi pemicu kecemasan 7. Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan <p>Terapi Relaksasi (Kode 6040, Hal 446)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien untuk rileks 2. Ciptakan lingkungan

			<p>yang tenang</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi tambahan 5. Jelaskan manfaat relaksasi 6. Evaluasi laporan individu terkait relaksasi
	<p>Resiko <i>perfusi serebral</i> tidak efektif berhubungan dengan <i>hipertensi</i></p>	<p>Perfusi jaringan : <i>Serebral</i> (Kode 406, Hal 451)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah <i>sistolik</i> (5) 2. Tekanan darah <i>diastolik</i> (5) 3. Sakit kepala (5) 4. <i>Kognisi</i> terganggu (5) 	<p>Manajemen <i>Edema Serebral</i> (Kode 2540, Hal 165)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya kebingungan, perubahan pola pikir, keluhan pusing, pingsan 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Kurangi stimulasi dalam lingkungan pasien

			<p>4. Catat perubahan pasien dalam berespon terhadap stimulus</p> <p>5. Pertahankan suhu normal</p> <p>6. Kolaborasi pemberian terapi <i>farmakologi</i></p> <p>Monitor tekanan <i>Intra Kranial</i> (Kode 2590, Hal 238)</p> <p>1. Monitor suhu</p> <p>2. Sesuaikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan <i>perfusi serebral</i></p> <p>3. monitor efek rangsangan lingkungan</p>
--	--	--	---

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017)

5. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017)