

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai suatu kondisi tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg berdasarkan dua atau lebih pengukuran tekanan darah. Ketika diukur paling tidak dua kali pengukuran dan dua kondisi yang berbeda dengan jarak dua minggu (Savitri & Siuas, 2021).

Hipertensi adalah keadaan peningkatan tekanan darah yang dapat memberikan contoh seperti stroke pada organ otak. Stroke yang fatal pada orang yang menderita hipertensi yang tidak diobati dibandingkan pada mereka yang memiliki tekanan darah normal di usia yang sama. Beberapa penyebab hipertensi dikarenakan asupan makanan yang tinggi sodium, stress psikologi, kegelisahan dan hiperaktivitas (Sarwa dkk, 2019).

Hipertensi dikenali dengan tanda dan gejala yang meliputi sakit kepala, mimisan, irama jantung tidak teratur, perubahan penglihatan, dan telinga berdengung. Hipertensi berat dapat menyebabkan kelelahan, mual, muntah, kecemasan, nyeri dada dan tremor pada otot. Mengukur tekanan darah merupakan cara untuk mendeteksi hipertensi. Hal tersebut dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menilai risiko dan kondisi terkait. Diagnosis hipertensi dapat ditegakkan jika hasil pengukuran pada dua hari yang berbeda didapatkan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (WHO, 2021)

2.1.2 Etiologi Hipertensi

Menurut Sari (2017), ada dua jenis faktor yang menyebabkan terjadinya hipertensi, faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah.

a. Faktor yang tidak dapat diubah

a. Usia

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

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki cenderung lebih banyak menderita hipertensi jika dibandingkan dengan perempuan. Hal itu disebabkan oleh perempuan biasanya terlindungi dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause, perempuan yang belum menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berfungsi dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL). Hipertensi lebih sedikit terjadi pada wanita karena hormon estrogen menyebabkan pembuluh darah elastis. Jika pembuluh darah elastis maka tekanan darah akan menurun tetapi jika menopause sudah terjadi maka resiko terjadinya hipertensi pada perempuan akan sama dengan laki-laki.

c. Genetik

Resiko terjadinya hipertensi akan lebih tinggi pada orang dengan keluarga dekat yang memiliki riwayat hipertensi. Selain itu, faktor genetik juga berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam (NaCl) dan renin membran sel.

b. Faktor yang dapat diubah

a. Obesitas

Obesitas adalah suatu keadaan penumpukan lemak berlebih dalam tubuh. Obesitas dapat diketahui dengan menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT). Obesitas dapat memicu terjadinya hipertensi akibat adanya gangguan aliran darah. Obesitas biasanya diiringi dengan peningkatan kadar lemak dalam darah (hiperlipidemia) sehingga berpotensi menimbulkan penyempitan pembuluh darah (aterosklerosis). Penyempitan tersebut dapat memicu jantung bekerja lebih keras sehingga terjadi peningkatan tekanan darah.

b. Merokok

Merokok dapat menyebabkan denyut jantung dan kebutuhan oksigen meningkat. Pada umumnya rokok mengandung berbagai zat kimia berbahaya seperti nikotin dan karbon monoksida. Zat tersebut akan terhisap melalui rokok masuk ke pembuluh darah dan menyebabkan kerusakan lapisan endotel pembuluh darah arteri, serta mempercepat terjadinya aterosklerosis.

Aterosklerosis tersebut dapat memicu jantung bekerja lebih keras sehingga terjadi peningkatan tekanan darah.

c. Konsumsi alkohol dan kafein berlebih

Konsumsi alkohol diduga dapat meningkatkan kadar kortisol, peningkatan volume sel darah merah, dan kekentalan darah yang mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Sedangkan kafein dapat membuat jantung berpacu lebih cepat sehingga mengalirkan darah lebih banyak. Namun, kafein memiliki reaksi yang berbeda pada setiap orang.

d. Konsumsi garam berlebih

Garam (NaCl) mengandung natrium yang dapat menarik cairan di luar sel agar tidak dikeluarkan sehingga menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh. Oleh karena itu, terjadi peningkatan volume dan tekanan darah.

e. Stres

Kejadian hipertensi lebih sering terjadi pada individu yang memiliki kecenderungan stres emosional. Keadaan stres dapat memicu timbulnya hormon adrenalin dan memicu jantung berdetak lebih kencang sehingga memicu terjadinya peningkatan tekanan darah.

2.1.3 Manifestasi Klinis Hipertensi

Penderita hipertensi terkadang tidak terlihat gejalanya. Gejala ada jika menunjukkan adanya kerusakan vascular. Menurut Dafriani (2019) gejala umum yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi berupa :

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
- d. Berdebar atau detak jantung terasa cepat
- e. Telinga berdenging

Sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi berupa:

- a. Nyeri kepala saat terjaga, disertai mual muntah
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
- c. Nokturia akibat peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi
- d. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

2.1.4 Klasifikasi Hipertensi

Beberapa sumber mengidentifikasi hipertensi berdasarkan nilai sistolik dan diastolik. Menurut *The Seventh Report Of The Jointnational Committee On Prevention, Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure* (JNC 7) hipertensi diklasifikasikan menjadi :

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Pra Hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi		
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	>160	>100

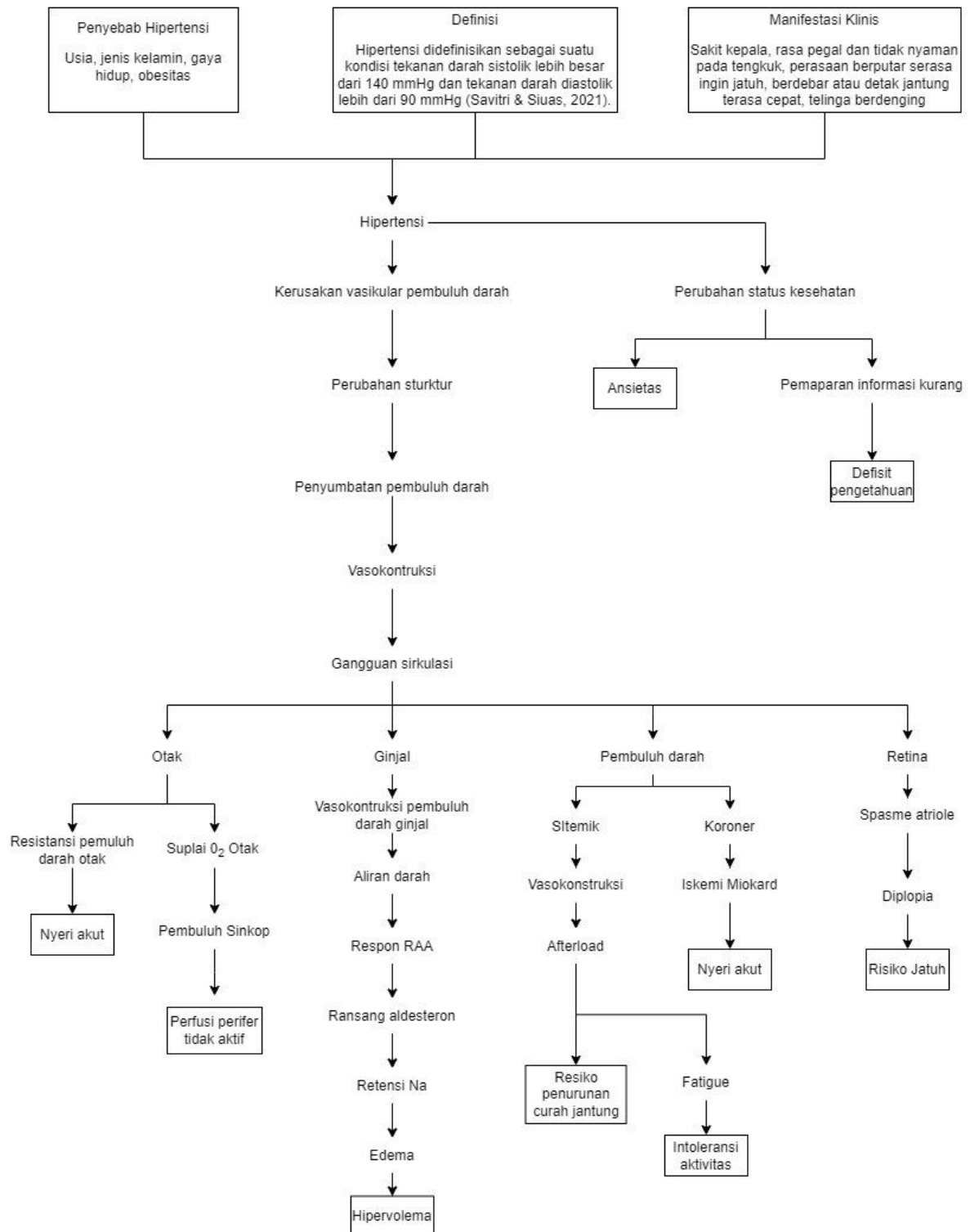
Sumber : Kemenkes (2022)

2.1.5 Patofisiologi Hipertensi

Reseptor yang menerima perubahan tekanan darah yaitu refleksi beresepor yang terdapat sinus karotis dan arkus aorta. Pada hipertensi, Karena adanya berbagai gangguan genetik dan resiko lingkungan maka terjadi gangguan neurohormonal yaitu sistem saraf pusat dan sistem renin-angiotensin-aldosteron, serta terjadinya inflamasi dan resistensi insulin. 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 diginjal, sehingga terjadi peningkatan volume darah. Peningkatan resistensi perifer dan volume darah merupakan dua penyebab utama terjadinya hipertensi. Pusat yang menerima impuls yang dapat mengenali keadaan tekanan darah terletak pada medulla di batang otak (Marhabatsar, 2021).

2.1.6 Pathway Hipertensi

Gambar 2.1 Pathway Hipertensi



Sumber : (WOC) dengan menggunakan Standar Diganosa Keperawatan Indonesia dalam PPNI, 2017)

2.1.7 Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut Azwar (2021), penanganan pasien hipertensi dapat dilakukan dengan terapi farmakologis dan non farmakologis.

A. Terapi Farmakologis

Pemberian terapi farmakologis dilakukan dengan memberikan dosis yang sangat rendah perlahan dan meningkat dengan perlahan sesuai dengan keadaan pasien. Pemberhentian pengobatan hipertensi juga harus bertahap diturunkan sedikit untuk dosisnya. Golongan pengobatan untuk hipertensi yang pada dasarnya menurunkan tekanan darah dengan mempengaruhi jantung atau pembuluh darah atau keduanya, mengendalikan angka kesakitan dan kematian dengan obat diuretik (Acetazolamide, Chlorthalidone, Hydrochlorothiazide), penghambat simpatis (Terazosin, Tamsulosin, Prazosin), betablocker (Acebutolol, Atenolol, Betaxolol), dan vasodilator (ACE inhibitor, Captopril, Lisinopril).

B. Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologis dapat dilakukan dengan menghindari faktor resiko hipertensi seperti merokok, mengatur pola makan, stres, mengkonsumsi alkohol dan kafein. Diet sehat dengan diet kegemukan, diet garam, diet rendah kolesterol. Gaya hidup yang baik dengan olahraga teratur dapat memperbaiki disfungsi sel endotel pada seseorang yang mengalami keluhan kardiovaskuler.

2.1.8 Pencegahan Hipertensi

Menurut P2PTM Kemenkes RI (2018) risiko untuk mengidap hipertensi dapat dikurangi dengan :

- a. Mengurangi konsumsi garam (jangan melebihi 1 sendok teh per hari).
- b. Melakukan aktivitas fisik teratur (seperti jalan kaki 3 km/ olahraga 30 menit per hari minimal 5x/minggu).
- c. Tidak merokok dan menghindari asap rokok.
- d. Diet dengan Gizi Seimbang
- e. Mempertahankan berat badan ideal
- f. Menghindari minum alkohol

2.1.9 Komplikasi Hipertensi

Menurut Aspiani (2016) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien hipertensi yaitu:

- a. Stroke, dapat terjadi akibat hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat dari embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan darah tinggi.
- b. Infark miokard, dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah.
- c. Gagal ginjal, dapat terjadi akibat kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya

glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian.

- d. Ensefalopati (kerusakan otak), dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang sangat meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuron yang berada di sekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.
- e. Kejang, dapat terjadi pada wanita preeclampsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami kejang selama atau sebelum proses persalinan.

2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan

2.2.1 Definisi Terapi Relaksasi Benson

Terapi Relaksasi Benson yaitu suatu teknik pengobatan untuk menghilangkan nyeri, insomnia (tidak bisa tidur), kecemasan, dan hipertensi. Relaksasi Benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi. Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi dengan melibatkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata keyakinan yang dianut oleh pasien (Fikri, 2018).

Terapi Relaksasi Benson merupakan salah satu terapi non farmakologi yang menggunakan metode relaksasi pernafasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih tinggi (Benson & Proctor, 2000 dalam Pratiwi et al., 2016).

Jadi, dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Terapi Relaksasi Benson dapat menjadi terapi non farmakologi penurun tekanan darah yang di dalamnya melibatkan keyakinan pasien dan relaksasi nafas dalam.

2.2.3 Manfaat Terapi Relaksasi Beson

Manfaat dari Relaksasi Benson terbukti memodulasi stres terkait kondisi seperti marah, cemas, disritmia jantung, nyeri kronik, depresi, hipertensi dan insomnia serta menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang dan nyaman (Benson & Proctor, 2000 dalam Dervis, 2013).

2.2.3 Penerapan Terapi Relaksasi Benson

Cara kerja teknik Relaksasi Benson ini yaitu berfokus pada kata ataupun kalimat tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme teratur yang disertai dengan sikap pasrah kepada Tuhan Yang Maha Esa sambil menarik nafas dalam. Pernafasan yang panjang akan memberikan energi yang cukup, karena pada waktu menghembuskan nafas mengeluarkan karbondioksida (CO₂) dan pada saat menghirup nafas panjang mendapatkan oksigen yang sangat membantu tubuh dalam

membersihkan darah dan mencegah kerusakan jaringan otak akibat kekurangan oksigen (hipoksia). Pada saat menarik nafas panjang otot pada dinding perut (rektus abdominalis, transverses abdominalis, internal dan eksternal oblique) akan menekan iga bagian bawah ke arah belakang serta mendorong sekat diafragma ke atas dapat menyebabkan tingginya tekanan intra abdominal sehingga dapat merangsang aliran darah baik vena cava inferior ataupun aorta abdominalis, yang menyebabkan aliran darah (vaskularisasi) meningkat keseluruh tubuh terutama pada organ-organ vital seperti otak, sehingga kebutuhan oksigen tercukupi di dalam otak dan tubuh akan menjadi rileks (Atmojo et al., 2019).

2.2.3 Penerapan Terapi Relaksasi Benson

Tabel 2.2 SOP Terapi Relaksasi Benson

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas klien

1) Identitas klien

Meliputi : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medik.

2) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien

b. Keluhan utama

Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Keluhan lain yang menyerta biasanya : sakit kepala , pusing, penglihatan buram, mual ,detak jantung tak teratur, nyeri dada.

d. Riwayat kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi , penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi , penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain

Pemeriksaan Fisik

a. Sirkulasi

1) Gejala :

- a) Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskuler

b) Episode palpitasi

2) Tanda :

- a) Peningkatan tekanan darah
- b) Nadi denyutan jelas dari karotis,ugularis,radialis, takikardia
- c) Murmur stenosis vulvular
- d) Distensi vena jugularis
- e) Kulit pucat,sianosis ,suhu dingin (vasokonstriksi perifer)
- f) Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda

b. Aktivitas/istirahat

- 1) Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.
- 2) Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.Tanda

c. Nutrisi dan cairan

- 1) Gejala : Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol. Mual, muntah dan perubahan berat badan (meningkat/turun) dan riwayat penggunaan diuretik
- 2) Tanda : Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria

d. Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu.

e. Integritas ego

- 1) Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).
- 2) Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak.

f. Neurosensori

- 1) Gejala :
 - a) Keluhan pening / pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
 - b) Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur, epistaxis)
- 2) Tanda :
 - a) Status mental, perubahan orientasi, pola/ isi bicara, efek, proses berpikir
 - b) Penurunan kekuatan genggam tangan

g. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : angina (penyakit arteri koroner / keterlibatan jantung), sakit kepala

h. Pernapasan

- 1) Gejala :
 - a) Dyspnea yang berkaitan dari aktivitas/ kerja, takipnea, ortopnea atau natuk dengan / tanpa pembentukan sputum
 - b) Riwayat merokok

2) Tanda :

- a) Distress pernapasan/penggunaan otot aksesori pernapasan
- b) Bunyi napas tambahan (crakles/mengi)
- c) Sianosis

i. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pathway diagnosa yang muncul berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia oleh Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) pada kasus hipertensi adalah sebagai berikut :

1. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah d.d pengisian kapiler >3detik dan nadi perifer menurun atau tidak teraba.
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, dan tekanan darah meningkat.
3. Hipervolemia b.d gangguan aliran balik vena d.d dispnea, edema anasarka dan/atau edema perifer.
4. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, dan tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat.

5. Ansietas b.d kurang terpapar informasi d.d merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi.
6. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang dihadapi.
7. Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload.
8. Resiko jatuh b.d gangguan penglihatan.
9. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d infark jaringan otak, vasospasme cerebral

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah d.d pengisian kapiler >3detik dan nadi perifer menurun atau tidak teraba	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Edema perifer menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik 7. Tekanan darah sistolik membaik 8. Tekanan darah diastolik membaik	Perawatan Sirkulasi O : • Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler) • Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (hipertensi) • Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas T : • Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi • Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi • Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera • Lakukan pencegahan infeksi • Lakukan perawatan kaki dan kuku E : • Anjurkan berhenti merokok • Anjurkan olahraga rutin • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah,

			antikoagulen, dan penurun kolesterol • Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah teratur • Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) • Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) • Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, dan tekanan darah meningkat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik 7. Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri O : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri secara verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan T : • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi relaksasi Benson) dengan frekuensi dua kali per hari selama 3 hari dengan durasi 10-15 menit setiap harinya. E : • Jelaskan penyebab, periode dan penyebab nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat K : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Hipervolemia b.d gangguan aliran balik vena	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam	Manajemen Hipervolemia O :

	d.d dispnea, edema anasarka dan/atau edema perifer	keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Kelembaban membran mukosa meningkat 4. Asupan makanan meningkat 5. Edema menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Denyut nadi radial membaik 8. Mata cekung menurun	• Periksa tanda dan gejala hypervolemia • Identifikasi penyebab hypervolemia • Monitor status hemodinamik, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO jika tersedia • Monitor intake output cairan • Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar Natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urine) • Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma • Monitor kecepatan infus secara ketat • Monitor efek samping diuretik T : • Timbang berat bada setiap hari pada waktu yang sama • Batasi asupan cairan dan garam • Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat E : • Anjurkan melapor jika haluaran urine <0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam • Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari • Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan • Ajarkan cara membatasi cairan K : • Kolaborasi pemberian diuretik • Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic • Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy
4.	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, dan tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Kecepatan berjalan meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat	Manajemen Energi O : • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas T : • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)

		6. Keluhan lelah menurun 7. Dispnea saat aktivitas menurun 8. Dispnea setelah aktivitas menurun 9. Perasaan lemah menurun 10. Tekanan darah membaik	- Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan E : - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan K : - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5.	Ansietas b.d kurang terpapar informasi d.d merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Tekanan darah menurun - Tremor menurun - Pucat menurun - Pola tidur membaik	Reduksi Ansietas O : - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) T : - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang E : - Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami

			• Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis • Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi • Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi kecemasan • Latih teknik relaksasi K : • Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>
6.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang dihadapi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 5. Perilaku membaik	Edukasi Kesehatan O : • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat T : • Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan • Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya E : • Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
7.	Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. <i>Ejection fraction</i> (EF) meningkat 3. <i>Cardiac index</i> (CI) meningkat 4. Palpitasi menurun 5. Bradikardia menurun 6. Takikardia menurun	Perawatan Jantung O : • Identifikasi tanda/gejala primer Penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, adema ortopnea paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CPV) • Identifikasi tanda /gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)

		7. Gambaran EKG aritmia menurun 8. Edema menurun 9. Distensi vena jugularis menurun 10. Dispnea menurun 11. Murmur jantung menurun 12. Tekanan darah membaik 13. <i>Capillary refill time</i> (CRT) membaik	• Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) • Monitor intake dan output cairan • Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Monitor saturasi oksigen • Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) • Monitor EKG 12 sadapuan • Monitor aritmia • Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, Ntpro-BNP) • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktifitas • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. Betablocker, ACEinhibitor, calcium channel blocker, digoksin) T : • Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman • Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) • Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi • Fasilitas pasien dan keluarga untuk modifikasi hidup sehat • Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu • Berikan dukungan emosional dan spiritual • Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% E : • Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi • Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap • Anjurkan berhenti merokok • Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
--	--	--	---

			- Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian K : - Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu - Rujuk ke program rehabilitasi jantung
8.	Resiko jatuh b.d gangguan penglihatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat duduk menurun - Jatuh saat berjalan menurun - Jatuh saat naik tangga menurun - Jatuh saat di kamar mandi menurun - Jatuh saat membungkuk menurun	Pencegahan Jatuh O : - Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya T : - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci - Pasang handrail tempat tidur - Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah - Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station - Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) - Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien K : - Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

			• Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin • Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri • Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
9	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d infark jaringan otak, vasospasme cerebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Resiko perfusi serebal menurun 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik 6. Tekanan darah sistolik membaik 7. Tekanan darah diastolik membaik	Perawatan Sirkulasi O : • Periksa perfusi serebral • Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (hipertensi) • Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas T : • Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi • Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi • Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cedera • Lakukan pencegahan infeksi • Lakukan perawatan kaki dan kuku E : • Anjurkan olahraga rutin • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulen, dan penurun kolesterol • Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah teratur • Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) • Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) • Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus-menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setiap selesai tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini dapat dijabarkan sebagai berikut :

Gambar 2.2 Kerangka konsep

