

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Hipertensi

1. Pengertian

Ketika tekanan darah diastolik melebihi 90 mmHg dan tekanan darah sistolik melebihi 140 mmHg, kondisi ini dikenal sebagai hipertensi. Berbagai efek samping yang serius, termasuk penyakit jantung koroner, gagal jantung, stroke, masalah ginjal, dan gangguan penglihatan, dapat diakibatkan oleh sindrom ini. Setiap orang mengalami gejala yang berbeda, dan seringkali menyerupai gejala penyakit lain. Gejala yang umum meliputi sakit kepala atau leher terasa berat, vertigo, palpitasi, kelelahan, penglihatan kabur, tinitus, mimisan, dan penglihatan kabur (Kurnia, 2021).

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang ditandai oleh tekanan darah arteri yang terus-menerus berada di atas batas normal. Jika tidak ditangani dengan baik, hipertensi dapat menyebabkan komplikasi kardiovaskular seperti serangan jantung dan stroke. Hipertensi diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu hipertensi primer (esensial) yang tidak memiliki penyebab pasti, dan hipertensi sekunder yang disebabkan oleh kondisi medis lain seperti penyakit ginjal atau gangguan hormonal (Berek, 2024).

Secara fisiologis, hipertensi terjadi akibat peningkatan tekanan darah arteri yang kronis yang disebabkan oleh peningkatan resistensi perifer total, peningkatan volume darah, atau aktivasi berlebih pada sistem saraf simpatik dan sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS). Karena sering kali tidak menimbulkan gejala pada tahap awal, hipertensi dikenal juga sebagai “silent killer” karena dapat menyebabkan kerusakan organ penting seperti jantung, otak, dan ginjal tanpa disadari (Ni'mah et al., 2024).

2. Etiologi (Penyebab Hipertensi)

Menurut Marni et al. (2023), terdapat beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya hipertensi, yaitu:

- a. Faktor Genetik: Individu dengan riwayat keluarga penderita hipertensi memiliki risiko lebih besar untuk mengalami kondisi serupa.
- b. Usia dan Jenis Kelamin: Pria usia 35–50 tahun dan wanita pascamenopause memiliki kerentanan lebih tinggi terhadap hipertensi.
- c. Pola Makan: Konsumsi makanan tinggi garam dan lemak berkorelasi erat dengan peningkatan tekanan darah.
- d. Obesitas: Berat badan yang melebihi 25% dari berat ideal sering dikaitkan dengan peningkatan risiko hipertensi.
- e. Gaya Hidup Tidak Sehat: Kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol dapat memperburuk kondisi pembuluh darah dan memicu tekanan darah tinggi akibat zat berbahaya yang terkandung di dalamnya.

3. Manifestasi Klinis (Tanda dan Gejala Hipertensi)

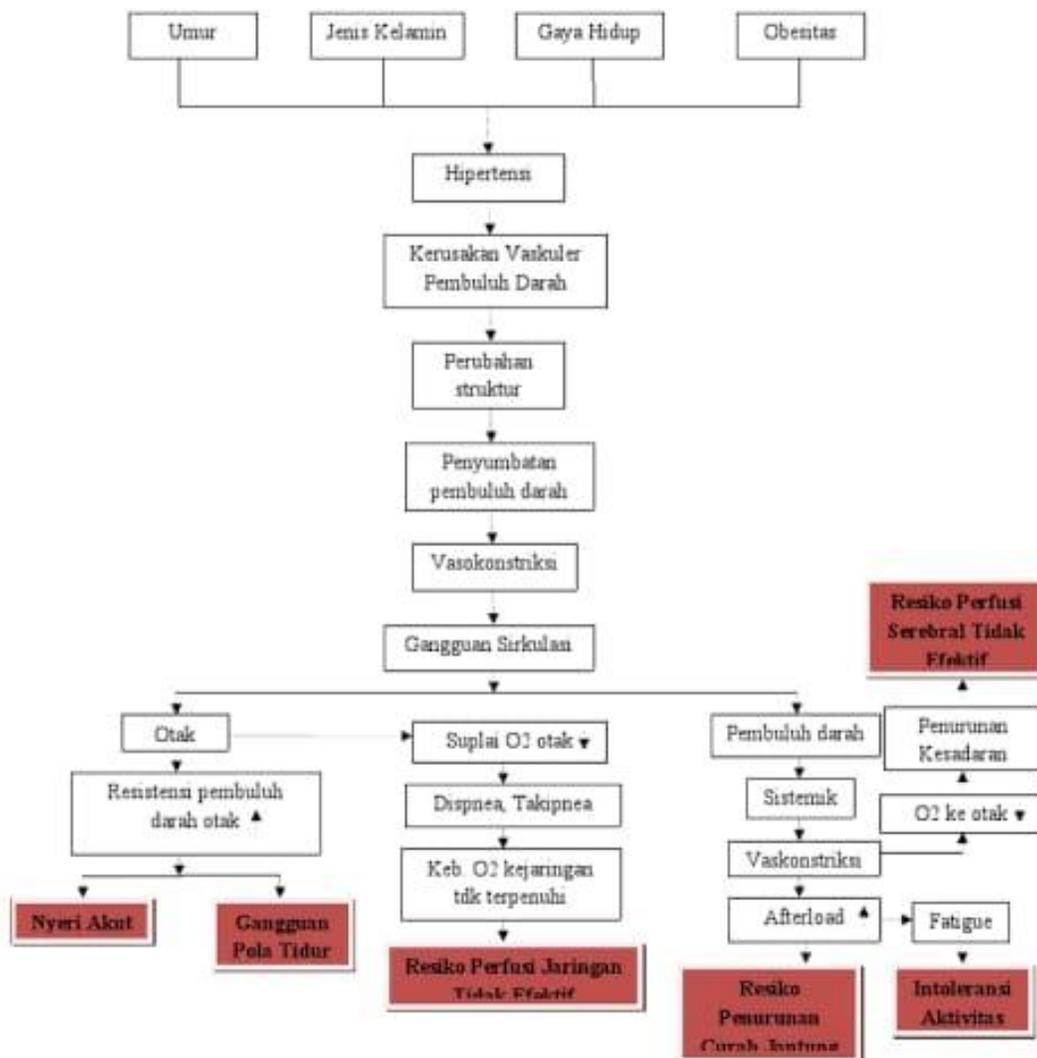
Gejala hipertensi cenderung berbeda-beda pada setiap orang. Secara umum, pasien dapat mengalami keluhan seperti nyeri kepala, jantung berdebar, sesak napas setelah melakukan aktivitas berat, mudah merasa lelah, penglihatan buram, wajah tampak memerah, mimisan, sering buang air kecil di malam hari, telinga berdenging, pusing, rasa berat di tengkuk, mengantuk, mudah marah, dan mata berkunang-kunang.

Menurut Berek (2024), gejala hipertensi dapat dikategorikan menjadi tiga kelompok:

- a. Tanpa Gejala Spesifik: Sebagian besar kasus hipertensi tidak menunjukkan gejala khas dan hanya dapat dideteksi melalui pengukuran tekanan darah oleh tenaga medis. Hal ini menyebabkan hipertensi sering tidak terdiagnosis hingga terjadi komplikasi.
- b. Keluhan Umum: Gejala yang paling sering dilaporkan oleh pasien adalah nyeri kepala dan kelelahan, meskipun keluhan ini tidak spesifik dan dapat dijumpai pada berbagai kondisi kesehatan lainnya.

- c. Gejala Tambahan: Beberapa pasien hipertensi juga mengeluhkan gejala seperti sakit kepala, pusing, kelemahan, sesak napas, gelisah, mual, muntah, mimisan (epistaksis), dan bahkan penurunan kesadaran.

4. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Hipertensi (Sumber : Arkam et al., 2023)

5. Patofisiologi

Sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), khususnya produksi angiotensin II dari angiotensin I dengan bantuan enzim pengubah angiotensin (ACE), berkaitan erat dengan perkembangan hipertensi. ACE sangat penting untuk mengendalikan tekanan darah. Hati memproduksi angiotensinogen, yang terdapat dalam darah. Renin, enzim yang dihasilkan oleh ginjal, kemudian mengubah zat ini menjadi angiotensin I. Selain itu, enzim ACE di paru-paru berfungsi untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II.

Ada dua cara utama angiotensin II meningkatkan tekanan darah. Pertama, ia meningkatkan rasa haus dengan memicu pelepasan hormon antidiuretik (ADH). Kelenjar pituitari mensekresi ADH, yang diproduksi oleh otak dan bekerja pada ginjal untuk mengurangi ekskresi urin (antidiuresis), sehingga urin lebih pekat. Tubuh menarik cairan dari dalam sel untuk meningkatkan volume cairan ekstraseluler, yang meningkatkan volume darah dan, akibatnya, tekanan darah, guna menjaga keseimbangan.

Kedua, angiotensin II merangsang pelepasan hormon aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang berperan dalam pengaturan keseimbangan cairan melalui ginjal, dengan cara meningkatkan reabsorpsi natrium (NaCl) di tubulus ginjal. Peningkatan kadar natrium dalam tubuh akan disertai peningkatan volume cairan untuk mengencerkannya, yang akhirnya menyebabkan peningkatan volume darah dan tekanan darah (Sagala, 2025).

6. Klasifikasi

Menurut Marni et al. (2023), hipertensi dapat diklasifikasikan secara klinis berdasarkan tingkat tekanan darah sistolik dan diastolik. Klasifikasi ini digunakan sebagai acuan dalam menentukan derajat keparahan hipertensi serta sebagai dasar untuk pengambilan keputusan dalam penanganan dan pemberian terapi lebih lanjut.

Tabel 2.1
Klasifikasi Derajat Hipertensi Secara Klinis

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre-hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi tingkat 2	≥ 160	≥ 100

(Sumber : Marni et al., 2023).

7. Penatalaksanaan

Penanganan pada pasien hipertensi dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu terapi nonfarmakologis dan terapi farmakologis (Hastuti, 2020).

a. Terapi Nonfarmakologis

Pendekatan ini berfokus pada perubahan gaya hidup sehat, yang meliputi:

- 1) Pola makan dan berat badan: Menyesuaikan pola diet untuk mencapai berat badan ideal.
- 2) Pengurangan konsumsi garam: Asupan garam dibatasi hingga kurang dari 2,3 gram natrium atau setara dengan 6 gram natrium klorida per hari, disertai dengan pemenuhan asupan mineral penting seperti kalsium, magnesium, dan kalium.
- 3) Pijat terapi: Terapi pijat pada pasien hipertensi bertujuan untuk melancarkan sirkulasi energi dalam tubuh dan membantu relaksasi otot sehingga dapat menurunkan tekanan darah.

b. Terapi Farmakologis

Terapi ini menggunakan obat-obatan antihipertensi, baik dalam bentuk tunggal maupun kombinasi, tergantung pada kondisi pasien, termasuk adanya penyakit penyerta (komorbid) atau komplikasi lainnya. Beberapa jenis obat yang umum digunakan meliputi:

- 1) Hidroklorotiazid (HCT): Diberikan dengan dosis 12,5–25 mg per hari sebagai dosis tunggal di pagi hari. Pada pasien hipertensi yang sedang hamil, obat ini hanya digunakan jika terdapat hemokonsentrasi atau edema paru.
- 2) Reserpine: Diberikan dengan dosis tunggal antara 0,1–0,25 mg per hari.

- 3) 3) Propranolol: 10 mg dua kali sehari pada awalnya, dengan kemungkinan peningkatan hingga 20 mg dua kali sehari. Namun, karena adanya kontraindikasi, obat ini tidak disarankan bagi penderita asma.

B. Konsep Dasar Nyeri

1. Pengertian

Nyeri merupakan suatu persepsi sensorik yang timbul akibat rangsangan tertentu dan bersifat subjektif, di mana tingkat keparahannya dapat bervariasi pada setiap individu karena dipengaruhi oleh faktor psikologis dan sosial masing-masing orang (Nurhanifah & Sari, 2022). Black dan Hawks (2022) menggambarkan nyeri sebagai pengalaman emosional yang tidak menyenangkan dan bersifat subjektif, yang berhubungan dengan kerusakan jaringan baik yang nyata, potensial, maupun yang dirasakan selama situasi yang mengindikasikan adanya cedera. Sementara itu, Ixora dan rekan-rekannya (2024) menyatakan bahwa nyeri merupakan mekanisme perlindungan tubuh yang muncul ketika jaringan mengalami kerusakan dan menimbulkan respons untuk menghindari atau mengatasi sensasi tidak nyaman tersebut.

2. Data mayor dan data minor

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI, (2018) tanda dan gejala nyeri sebagai berikut :

- a. Tanda dan gejala mayor
 - 1) Tanda dan gejala subjektif
 - a) Menyeluh nyeri
 - b) Merasa depresi dan tertekan
 - 2) Tanda dan gejala objektif
 - a) Tampak meringis
 - b) Gelisah
 - c) Tidak mampu menuntaskan aktivitas
- b. Tanda dan gejala minor

- 1) Tanda dan gejala subjektif
 - a) Merasa takut mengalami cedera berulang
- 2) Tanda dan gejala objektif
 - a) Bersikap proteksi (misalnya posisi menghindari nyeri)
 - b) Bersikap protektif (misalnya posisi menghindari nyeri)
 - c) Waspada
 - d) Pola tidur berubah
 - e) Anoreksia
 - f) Fokus menyempir
 - g) Berfokus pada diri sendiri

3. Faktor Penyebab Nyeri

a. Faktor Fisiologis

- 1) *Ambang nyeri*: Setiap individu memiliki batas toleransi terhadap rasa nyeri yang berbeda-beda, yang merupakan tingkat minimum rangsangan yang dapat memicu sensasi nyeri.
- 2) *Usia*: Persepsi terhadap nyeri bisa berbeda tergantung usia, misalnya pada bayi dan lansia. Lansia cenderung mengalami penurunan sensitivitas terhadap rasa sakit.
- 3) *Jenis kelamin*: Wanita cenderung memiliki ambang nyeri yang lebih rendah dibandingkan pria, hal ini dipengaruhi oleh faktor hormonal.
- 4) *Kondisi kesehatan*: Adanya penyakit kronis seperti kanker atau diabetes dapat memengaruhi ambang dan persepsi nyeri seseorang (Nurhanifah & Sari, 2022).

b. Faktor Psikologis

- 1) *Emosi*: Perasaan seperti stres, cemas, dan depresi bisa memperburuk persepsi terhadap rasa sakit.
- 2) *Perhatian*: Ketika seseorang terlalu fokus pada rasa nyeri, maka nyeri akan terasa lebih intens, sementara pengalihan perhatian dapat membantu mengurangi persepsi nyeri.

3) *Pengalaman sebelumnya*: Individu yang memiliki riwayat pengalaman nyeri hebat biasanya akan lebih sensitif terhadap rasa sakit di kemudian hari (Nurhanifah & Sari, 2022).

c. Faktor Sosial dan Budaya

1) *Budaya*: Nilai budaya memengaruhi cara seseorang menanggapi dan mengekspresikan rasa nyeri. Beberapa budaya mengajarkan untuk terbuka dalam mengekspresikan nyeri, sedangkan yang lain menganjurkan untuk menahan dan tidak menunjukkannya.

2) *Dukungan sosial*: Kehadiran orang-orang terdekat seperti keluarga atau teman dapat memberikan kenyamanan emosional yang berkontribusi terhadap penurunan persepsi nyeri (Nurhanifah & Sari, 2022).

d. Faktor Lingkungan

1) *Lingkungan fisik*: Suasana yang tidak nyaman seperti suhu ruangan yang dingin atau kondisi yang bising dapat meningkatkan tingkat stres dan memperparah rasa nyeri.

2) *Ketersediaan layanan kesehatan*: Kurangnya akses terhadap pengobatan atau terapi nyeri yang memadai dapat memperpanjang dan memperparah pengalaman nyeri yang dirasakan seseorang (Nurhanifah & Sari, 2022).

4. Penatalaksanaan

a. Penanganan Farmakologis (Menggunakan Obat)

Terapi ini melibatkan penggunaan obat-obatan, baik yang bekerja secara lokal maupun sistemik, dengan tujuan meredakan atau menghilangkan nyeri.

1) Analgesik Non-Opioid seperti *Paracetamol*, *Ibuprofen*, dan *Asam Mefenamat* digunakan untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang. Obat-obatan ini bekerja dengan menghambat produksi prostaglandin, yaitu zat yang terlibat dalam timbulnya nyeri dan peradangan.

- 2) Opioid seperti *Morfin*, *Tramadol*, dan *Fentanil* ditujukan untuk nyeri yang lebih berat, seperti nyeri setelah operasi atau nyeri akibat kanker. Obat ini bekerja dengan menempel pada reseptor opioid di otak dan sumsum tulang belakang untuk menghambat transmisi sinyal nyeri.
- 3) Adjuvan (Pendukung) seperti *antidepresan* (misalnya *Amitriptilin*) dan *antikonvulsan* (seperti *Gabapentin*) digunakan untuk mengelola nyeri neuropatik atau nyeri kronis. Meski bukan pereda nyeri langsung, obat ini membantu memodulasi jalur transmisi nyeri di sistem saraf.
- 4) Anestesi Topikal/Lokal seperti *Lidokain* dalam bentuk gel atau plester, efektif untuk nyeri yang bersifat lokal. Obat ini bekerja dengan menghambat impuls saraf dari lokasi nyeri (Black & Hawks, 2022).

b. Penanganan Non-Farmakologis (Tanpa Obat)

Pendekatan ini digunakan sebagai terapi pelengkap atau alternatif, terutama pada nyeri kronik, dan bertujuan meningkatkan kenyamanan serta kualitas hidup pasien.

- 1) Terapi Fisik: seperti penggunaan kompres hangat atau dingin, latihan peregangan, pijatan, dan terapi okupasi. Pendekatan ini bertujuan untuk mengurangi ketegangan otot dan membantu pergerakan tubuh.
- 2) Teknik Relaksasi dan Meditasi: mencakup pernapasan dalam, meditasi, yoga, dan visualisasi terpandu (*guided imagery*) untuk mengurangi ketegangan emosional dan meningkatkan daya tahan terhadap nyeri.
- 3) Terapi Kognitif-Perilaku (CBT): bertujuan mengubah pola pikir dan reaksi emosional terhadap nyeri, sehingga pasien mampu menghadapi nyeri dengan cara yang lebih adaptif.
- 4) Akupunktur: metode tradisional yang melibatkan penusukan jarum pada titik-titik tubuh tertentu guna merangsang pelepasan endorfin, yaitu hormon alami pereda nyeri.

- 5) Aromaterapi dan Terapi Musik: penggunaan aroma seperti lavender atau peppermint serta musik yang menenangkan dapat membantu relaksasi dan mengalihkan perhatian dari rasa sakit.
- 6) Dukungan Psikososial dan Spiritualitas: seperti pendampingan emosional, sesi konseling, serta aktivitas spiritual seperti doa. Pendekatan ini mendukung ketenangan jiwa yang berdampak pada persepsi terhadap nyeri (Black & Hawks, 2022).

C. Konsep Kompres Hangat

1. Definisi

Kompres hangat merupakan metode terapi menggunakan suhu panas yang bertujuan menghasilkan efek fisiologis pada tubuh (Fernandi, 2024). Sumiaty et al. (2022) menjelaskan bahwa kompres hangat adalah teknik pemberian panas kepada pasien guna meredakan nyeri, dengan memanfaatkan cairan yang dapat memperluas pembuluh darah dan meningkatkan sirkulasi darah di area lokal. Sementara itu, menurut Abdullah et al. (2024), kompres hangat dilakukan untuk memperlancar aliran darah dan membantu mengurangi rasa nyeri.

2. Kegunaan

Menurut Sumiaty et al. (2022), beberapa manfaat dari pemberian kompres hangat antara lain:

- a. Memperbaiki sirkulasi darah
- b. Mengurangi sensasi nyeri
- c. Memberikan rasa hangat, nyaman, serta menenangkan pasien
- d. Merangsang gerakan peristaltik
- e. Menghambat penyebaran peradangan.

3. Cara Kerja Kompres Hangat

Penerapan kompres air hangat merupakan intervensi keperawatan yang telah lama digunakan untuk membantu meredakan nyeri. Terapi ini bekerja

dengan meningkatkan relaksasi otot, memperlancar peredaran darah, memberikan ketenangan psikologis, serta menciptakan rasa nyaman karena sifatnya sebagai zat pengalih rangsang (*counterirritant*). Sensasi hangat kompresi dapat mengurangi transmisi nyeri secara mental dengan menghambat produksi mediator inflamasi, seperti sitokin dan kemokin pro-inflamasi. Dengan menurunkan sensitivitas nosiseptor, hal ini meningkatkan ambang nyeri dan mengurangi persepsi nyeri (Sumiaty dkk., 2022).

Langkah-langkah kompres hangat

Menurut Rohmawati et al., (2025), langkah-langkah pemberian kompres hangat adalah sebagai berikut :

Pre-interaksi

- a. Mengidentifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontradiksi
- b. Siapkan alat dan bahan

Orientasi

- a. Memberikan salam dan panggil pasien dengan namanya
- b. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan melakukan kontrak waktu
- c. Memberikan pasien kesempatan bertanya
- d. Menjaga privasi pasien

Tahap Kerja

- a. Bawa alat kedekat pasien
- b. Cuci tangan
- c. Ukur suhu air dengan thermometer
- d. Isi *Warm Water Zak* (WWZ) atau botol dengan air hangat, kemudian dikeringkan, dibungkus atau lapsi dengan kain
- e. Tempatkan *Warm Water Zak* (WWZ) atau botol yang berisi air hangat pada daerah yang akan dikompres
- f. Angkat *Warm Water Zak* (WWZ) atau botol setelah 15-20 menit, lakukan sebanyak 2x15 menit dalam sehari
Kaji perubahan yang terjadi selama kompres dilakukan.

D. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori

1. Fokus pengkajian

Pengkajian merupakan kegiatan dalam menganalisis informasi yang diperoleh dari hasil pengkajian skrining untuk menilai suatu keadaan normal atau abnormal, hasilnya digunakan sebagai pertimbangan dengan diagnose keperawatan yang berfokus pada masalah atau resiko. Pengkajian harus dilakukan dengan dua tahap seperti pengumpulan data (informasi subjektif maupun objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien (subjektif dan objektif).

Dalam hal ini, pengkajian keperawatan yang harus dilakukan pada pasien hipertensi adalah menurut Kusyani et al., (2024) sebagai berikut :

- a. Identitas meliputi nama, umur, pekerjaan, agama, suku, alamat dan sebagainya.
- b. Riwayat Kesehatan meliputi keluhan utama, keluhan saat ini, riwayat penyakit terdahulu, dan riwayat penyakit sekarang.
- c. Keadaan Umum Pasien

Data dasar pengkajian pasien hipertensi yaitu :

1) Aktivitas/Istirahat

Gejala kelemahan, napas pendek, gaya hidup monoton

Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

2) Sirkulasi

Gejala : riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung coroner/katup dan penyakit serebrovaskuler, episode palpitasi, perpirasi

Tanda : kenaikan TD (Pengukuran serial dari kenaikan TD diperlukan untuk menegakkan diagnosis)

Nadi : denyut jelas dari karotis, jugularis, radialis, perbedaan denyutan femoralis melambat sebagai kompensasi denyutan radialis, denyut popliteal, tibialis posterior, pedalis tidak teraba atau lemah.

Frekuensi : takikardi, berbagai disritmia

Bunyi jantung : terdengar S2 pada dasar, S3(CHF dini), S4 (Pergeseran ventrikel kiri/hipertropi ventrikel kiri), Murmur stenosis valvular, desiran vaskuler terdengar diatas karotis.

- 3) Gejala Integritas Ego: Kemarahan yang berkepanjangan, kecemasan, keputusasaan, euforia, atau perubahan kepribadian di masa lalu (dapat mengindikasikan kerusakan otak).

Gejala : meliputi perubahan suasana hati, kegelisahan, penurunan rentang perhatian yang terus-menerus, dan isak tangis yang tak terkendali. Pola bicara yang meningkat, otot-otot wajah yang tegang, gerakan tubuh yang cepat, napas terengah-engah, dan gestur tangan yang simpatik. Menghilangkan tanda-tanda penyakit ginjal di masa lalu atau masa kini.

- 4) Nutrisi /Cairan

Gejala : makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol, mual, muntah, perubahan berat badan akhir-akhir ini meingkat.

Tanda : berat badan normal atau obesitas, adanya edema, kongesti vena.

- 5) Neurosensori

Gejala : keluhan pusing, berdenyut sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam, kelemahan pada salah satu sisi tubuh, gangguan penglihatan (diplopia), penglihatan kabur), epistaksis.

- 6) Nyeri/Kenyamanan

Gejala : angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung), nyeri hilang timbul pada tungkai, sakit kepala oksipital berat seperti yang pernah terjadi sebelumnya, nyeri abdomen/massa.

- 7) Pernapasan/respirasi

Gejala : dispnea yang berkaitan aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, nokturnalproksimal, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok

Tanda : distress pernapasan/penggunaan aksesoris pernapasan, bunyi napas tambahan, sianosis

8) Keamanan dan proteksi

Keluhan/ gejala : gangguan koordinasi/cara berjalan, parestesia unilateral transien, hipotensi postural.

9) Pertumbuhan dan kembang

Keluhan/ gejala : pertumbuhan dan perkembangan, BB, TB,

10) Kebersihan diri

Keluhan/gejala : mandi, makan, kemampuan perawatan diri

11) Penyuluhan dan pembelajaran

Keluhan/gejala : pengetahuan penyakit, kepatuhan pengobatan, pemeliharaan kesehatan keluarga.

12) Interaksi sosial

Keluhan/gejala : perna hubungan orang terdekat, status hubungan, kemampuan komunikasi

13) Pola seksualitas

Keluhan/gejala : pola seksualitas, gangguan pada perempuan/laki-laki.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2018). Berikut diagnosa yang muncul pada penderita hipertensi :

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis (D.0077)

- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi d.d tekanan darah meningkat (D.0017)
- c. Gangguan pola tidur b.d keadaan fisik d.d sulit tidur (D.0055).

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No.	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 4 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Gelisah menurun 4) Kesulitan tidur menurun 5) Tekanan darah membaik 6) Pola tidur membaik	Manajemen nyeri (I.08238): Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping pengguna analgetik Teraupetik : - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat pada leher) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

			<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi d.d tekanan darah meningkat (D.0017)</p>	<p>Harapan meningkat dengan kriteria luaran berikut (L.02014) setelah satu atau empat jam perawatan keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan tekanan intrakranial 2) Penurunan sakit kepala 3) Penurunan kegelisahan 4) Penurunan tekanan sistolik 5) Tekanan darah diastolik yang lebih tinggi 	<p>Terapi relaksasi (I.09326) :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan - Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya - Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan - Monitor terhadap terapi relaksasi <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan - Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi - Gunakan pakaian longgar - Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis

			<p>relaksasi yang tersedia (teknik relaksasi 5 jari)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih - Demonstrasi dan latih teknik relaksasi (teknik relaksasi 5 jari)
3	Gangguan pola tidur b.d keadaan fisik d.d sulit tidur (D.0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan ekspektasi membaik dengan kriteria hasil (L.05045) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan sering terjaga menurun 3) Keluhan tidak puas tidur menurun 4) Keluhan pola tidur berubah menurun 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan tidur (I.05174) :</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikososial) <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (teknik relaksasi 5 jari) <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi lainnya

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Mustamu et al., 2023). Komponen tahap implementasi :

a. Tindakan keperawatan observasi,

- b. Tindakan keperawatan terapeutik,
- c. Tindakan keperawatan kolaboratif,
- d. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan

Dalam buku mereka tentang konsep dan penulisan asuhan keperawatan, Budiono & Pertami (2022) menyatakan bahwa tahap asesmen atau evaluasi adalah perbandingan yang berkelanjutan, terencana, dan sistematis antara kondisi kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, yang melibatkan klien, keluarga, dan tenaga medis lainnya. Terdapat dua kategori evaluasi:

a. Penilaian Formatif (Prosedur)

Aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan merupakan subjek utama evaluasi formatif. Untuk menentukan efektivitas tindakan keperawatan yang diterapkan, evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat melaksanakan rencana keperawatan. Formulasi penilaian formatif ini terdiri dari empat komponen SOAP:

- 1) S (subjektif): Informasi subjektif yang diperoleh dari keluhan klien, kecuali klien afasia.
- 2) O (objektif): Observasi perawat yang memberikan data objektif.
- 3) A (analisis): Tinjauan atau analisis masalah dan diagnosis keperawatan klien menggunakan data subjektif dan objektif.
- 4) Penataan ulang intervensi keperawatan, baik saat ini maupun di masa mendatang, dengan tujuan meningkatkan kesehatan klien disebut sebagai (perencanaan)

b. Penilaian Akhir (Hasil)

Setelah setiap aktivitas proses keperawatan selesai, evaluasi sumatif dilakukan. Tujuan penilaian sumatif ini adalah untuk mengevaluasi dan memantau kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Menurut Budiono dan Pertami (2022), terdapat tiga penilaian yang dapat dilakukan untuk menilai pencapaian tujuan keperawatan:

1. Jika klien menunjukkan modifikasi sesuai dengan kriteria yang ditetapkan, tujuan tercapai atau masalah teratasi.
2. Jika klien menunjukkan perubahan pada beberapa kriteria yang telah ditetapkan, tujuan tercapai sebagian, masalah teratasi sebagian, atau klien masih berupaya mencapai tujuan.
3. Jika klien hanya melakukan sedikit penyesuaian atau tidak ada kemajuan sama sekali, tujuan tidak tercapai atau belum terselesaikan.

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian