

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Pengertian

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. di mana hipertensi yang artinya berebihan, dan tensi yang artinya tekanan/tegangan, jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal (Musakkar & Djafar, 2021). Seseorang dinyatakan hipertensi apabila seseorang memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan ≥ 90 untuk tekanan darah diastolik ketika dilakukan pengulangan.

2.1.2 Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi menurut Wilkins hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu:

- 1) Hipertensi essensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya, disebut juga hipertensi idiopatik. Terdapat sekitar 95% kasus. Banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan, hiperaktifitas susunan saraf simpati, sistem reninangiotensin, defek dalam ekskresi Na, peningkatan Na dan Ca intraseluler, dan faktor-faktor yang meningkatkan resiko seperti obesitas, alkohol, merokokserta polisitemia.
- 2) Hipertensi sekunder atau hipertensi renal. Terdapat sekitar 5% kasus. Penyebab spesifiknya diketahui seperti gangguan estrogen, penyakit

ginjal, hipertensi vascular renal, hiperaldosteronisme primer, dan sindrom cushing, feokromositoma, koarktasio aorta, hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan dan lain-lain. Klasifikasi lain yang digunakan dengan memasukkan tekanan arteri sistolik dan diastolik sebagai berikut:

- a) Normotensi, bila sistolik 120-95 mmHg.
- b) Borderline, bila sistolik 140-160 mmHg dan diastoliknya 90-95 mmHg.
- c) Hipertensi bila sistoliknya 160 mmHg dan diastoliknya >95 mmHg.

Klasifikasi hipertensi menurut WHO, 1997 dalam (WHO, 2023), adalah:

1. Normotensi, bila sistoliknya 160 mmHg dan diastoliknya >95 mmHg.
2. Perbatasan, bila sistoliknya 141-159 mmHg dan diastoliknya 91-94 mmHg
3. Hipertensi, bila sistoliknya > 160 mmHg dan diastoliknya

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistolik MmHg	Diastolic MmHg
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal – tinggi)	130-139	85-89
Hipertensi Derajat I	140-159	90-99
Derajat II	160-179	100-109
Derajat III	≥ 180	≥ 110

Sumber : (Wilkins, 2015)

2.1.3 Etiologi

Tanda dan gejala hipertensi menurut Nurarif (2015), antara lain penglihatan kabur karena kerusakan retina, nyeri pada kepala, pusing, gemetar, mual muntah, lemas, sesak nafas, gelisah, kaku ditengkuk, dan kesadaran menurun (Nugraheni, 2016). Nyeri kepala merupakan masalah yang sering dirasakan oleh penderita hipertensi. Nyeri kepala pada penderita hipertensi biasanya terjadi karena adanya peningkatan atau tekanan darah tinggi dimana hal itu terjadi karena adanya adanyapenyumbatan pada sistem peredaran darah baik dari jantungnya dan serangkaian pembuluh darah 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 farmakologis yaitu zzzdengan teknik relaksasi nafas dalam (Syiddatul, 2017).

Berdasarkan penyebab hipertensi dibagi menjadi 2 golongan (WHO, 2023)

1. Hipertensi primer (essensial) Hipertensi primer adalah hipertensi essensial atau hipertensi yang 90% tidak diketahui penyebabnya. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi essensial di antaranya:

- a. Genetik

Individu dengan keluarga hipertensi memiliki potensi lebih tinggi mendapatkan penyakit hipertensi.

b. Jenis kelamin dan usia

Lelaki berusia 35-40 tahun dan wanita yang telah menopause berisiko tinggi mengalami penyakit hipertensi.

c. Diet konsumsi tinggi garam atau kandungan lemak

Konsumsi garam yang tinggi atau konsumsi makanan dengan kandungan lemak yang tinggi secara langsung berkaitan dengan berkembangnya penyakit hipertensi.

d. Berat badan obesitas

Berat badan yang 25% melebihi berat badan ideal sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.

e. Gaya hidup

Merokok dan konsumsi alkohol Merokok dan konsumsi alkohol sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi karena reaksi bahan atau zat yang terkandung dalam keduanya.

2. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah jenis hipertensi yang diketahui penyebabnya. Hipertensi sekunder disebabkan oleh beberapa penyakit, yaitu:

- a. Coarctationaorta, yaitu penyempitan aorta congenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta toraksi atau aorta abdominal. Penyempitan pada

aorta tersebut dapat menghambat aliran darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah di atas area kontriksi.

- b. Penyakit parenkim dan vaskular ginjal. Penyakit ini merupakan penyakit utama penyebab hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskuler berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar, yang secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada pasien dengan hipertensi disebabkan oleh aterosklerosis atau fibrous dyplasia (pertumbuhan abnormal jaringan fibrous). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, serta perubahan struktur serta fungsi ginjal.
- c. Penggunaan kontrasepsi hormonal (esterogen). Kontrasepsi secara oral yang memiliki kandungan esterogen dapat menyebabkan terjadinya hipertensi melalui mekanisme reninaldosteron-mediate volume expansion. Pada hipertensi ini, tekanan darah akan kembali normal setelah beberapa bulan penghentian oral kontrasepsi.
- d. Gangguan endokrin. Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenalmediate hypertension disebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol dan katekolamin.
- e. Kegemukan (obesitas) dan malas berolahraga.
- f. Stres, yang cenderung menyebabkan peningkatan tekanan darah untuk sementara waktu.
- g. Kehamilan
- h. Luka bakar

- i. Peningkatan tekanan vaskuler
- j. Merokok

Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung serta menyebabkan vasokortison yang kemudian menyebabkan kenaikan tekanan darah.

2.1.4 Manifestasi Klinis

1. Tanda dan gejala Hipertensi Menurut (Salma, 2020), yaitu:
 - a. Sakit kepala (biasanya pada pagi hari sewaktu bangun tidur)
 - b. Bising (bunyi “nging”) di telinga
 - c. Jantung berdebar-debar
 - d. Pengelihatan kabur
 - e. Mimisan
 - f. Tidak ada perbedaan tekanan darah walaupun berubah posisi
2. Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:
 - a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan darah tidak teratur

- b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu:

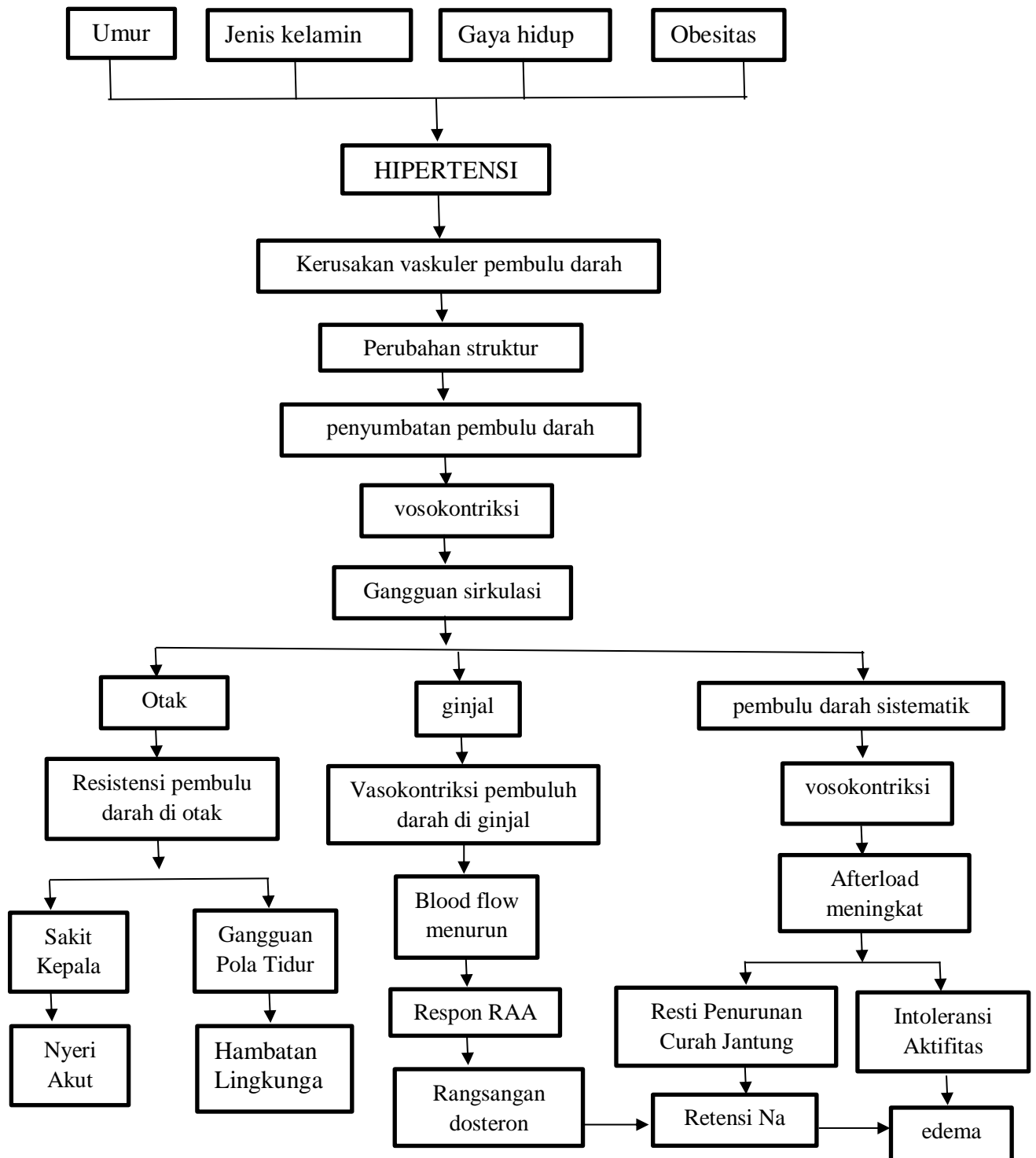
- a) Mengeluh sakit kepala, pusing
- b) Lemas, kelelahan

- c) Sesak nafas
- d) Gelisah
- e) Mual
- f) Muntah
- g) Epistaksis
- h) Kesadaran menurun.(Alhogbi et al., 2018)

2.1.5 Patofisiologi

Hipertensi di sebabkan oleh umur, jenis kelamin, gaya hidup dan obesitas. Hipertensi terjadi karena adanya kerusakan pada pembuluh darah. Sehingga terjadi perubahan struktur. Ketika terjadinya perubahan struktur maka terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah. Sehingga terjadi vosokontriksi. Vosokontriksi adalah penyempitan pada pembuluh darah. Ketika terjadinya vosokontriksi maka terjadilah gangguan sirkulasi. Gangguan sirkulasi di sebabkan oleh otak, ginjal, dan pembuluh darah sistemik. Otak di sebabkan oleh resistensi pembuluh darah di otak sehingga di angkat masalah keperawatan nyeri akut dan gangguan pola tidur. Ginjal di sebabkan oleh vosokontriksi pembuluh darah di ginjal sehingga blood flow menurun, Respon RAA, Rangsangan dosteron, dan retensi Na sehingga terjadi edema. Pembuluh darah sistemik disebabkan oleh vosokontriksi sehingga afterload meningkat maka di angkat masalah keperawatan penurunan curah jantung dan intoleransi aktivitas.

2.1.6 Pathway



2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Hemoglobin / hematokrit : bukan diagnostic tetapi, mengkaji hubungan dari sel \pm sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor-faktor resiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.
2. Glukosa : Hiperglikemia (diabetes mellitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).
3. Kolesterol dan trigliserida serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler).
4. Urinalisa : Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.
5. Asam Urat : Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai factor resiko terjadinya hipertensi.
6. CT Scan : Mengkaji tumor serebral, ensefalopi.
7. Foto dada / thoraks : Dapat menunjukkan obstruksi klasifikasi pada area katup.
8. EKG : Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi(WHO, 2023)

2.1.9 Pencegahan

Pencegahan hipertensi yang dapat dilakukan menurut (Ernawati, 2020)

yaitu :

- a) Mengurangi asupan garam (kurang dari 5 gram setiap hari)
- b) Makan lebih banyak buah dan sayuran
- c) Aktifitas fisik secara teratur
- d) Menghindari penggunaan rokok
- e) Membatasi asupan makanan tinggi lemak jenuh
- f) Menghilangkan/mengurangi lemak trans dalam makanan

2.1.10 Penatalaksanaan

Menurut (Righo, 2014) penatalaksanaan hipertensi ada 2 yaitu farmakologi dan non farmakologi 12

a) Farmakologi (Obat-obatan)

Hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian atau pemilihan obat anti hipertensi yaitu :

1. Mempunyai efektivitas yang tinggi.
2. Mempunyai toksitas dan efek samping ringan atau minimal.
3. Memungkinkan penggunaan obat secara oral.
4. Tidak menimbulkan intoleransi.
5. Harga obat relative murah sehingga terjangkau oleh klien.
6. Memungkin penggunaan jangka panjang. Golongan obat-obatan yang diberikan pada klien dengan hipertensi seperti golongan diuretik,

golongan betabloker, golongan antagonis kalsium, serta golongan penghambat konversi rennin angiotensin.

b) Non Farmakologi

1. Diet Pembatasan atau kurangi konsumsi garam. Penurunan berat badan dapat membantu menurunkan tekanan darah bersama dengan penurunan aktivitas rennin dalam plasma dan penurunan kadar adosteron dalam plasma.
2. Aktivitas Ikut berpartisipasi pada setiap kegiatan yang sudah disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan, seperti berjalan, jogging, bersepeda, atau berenang.
3. Istirahat yang cukup Istirahat dengan cukup memberikan kebugaran bagi tubuh dan mengurangi beban kerja tubuh.
4. Kurangi stress Mengurangi stress dapat menurunkan tegang otot saraf sehingga dapat mengurangi peningkatan tekanan darah.

2.1.11 Komplikasi

Menurut Aspiani (2015), 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. Ifark miokard, dapat terjadi apabila arteri koroner 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. (Wilkins, 2015)

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1. Pengertian Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (SDKI & Pokja, 2016).

Menurut Herdman T (2018), nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain), awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari tiga bulan. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial (Brunner & Sudarth, 2013).

Pada pasien hipertensi nyeri akut adalah suatu keadaan dimana pasien mengalami pengalaman sensori atau emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial, dan terjadi dengan durasi kurang dari tiga bulan (Wilkins, 2015).

2.2.2 Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Pasien dengan nyeri akut biasanya menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor seperti berikut

- a. Gejala dan tanda mayor
 1. Secara subjektif pasien mengeluhkan adanya nyeri
 2. Secara objektif pasien tampak meringis, menunjukkan sikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, adanya kesulitan untuk tidur

b. Gejala dan tanda minor

1. Secara subjektif tidak tersedia gejala minor dari nyeri akut
2. Secara objektif nyeri akut ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah, perubahan pola napas, perubahan nafsu makan, proses berpikir terganggu, pasien tampak menarik diri, berfokus pada diri sendiri, adanya diaforesis.(Wilkins, 2015)

2.2.3 Pengobatan Nyeri Akut

Pengobatan nyeri akut dapat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan analgesik, seperti paracetamol atau opioid. Selain itu, terapi fisik, terapi relaksasi, dan terapi psikologis juga dapat membantu mengurangi nyeri akut. (Wilkins, 2015).

2.2.4 Teknik Mengatasi Nyeri

Menurut Buku Ajar Ilmu Keperawatan, nyeri dapat diatasi dengan berbagai teknik yaitu:

- 1) Distraksi Teknik distraksi merupakan suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien lupa dengan nyeri yang sedang dirasakan. Distraksi dapat menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri dan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori aktivitas retikular, yaitu menghambat stimulus nyeri ketika seseorang menerima masukan sensoris yang cukup atau berlebihan, sehingga menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak

- 2) Relaksasi Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien. Relaksasi sempurna dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulus nyeri. Relaksasi adalah kegiatan yang memadukan otak dan otot (Wilkins, 2015)

2.3 Konsep Teknik Relaksasi Napas Dalam

2.3.1 Definisi

Teknik Relaksasi Napas Dalam adalah satu bentuk aktivitas yang dapat membantu mengatasi stres. Teknik relaksasi ini melibatkan pergerakan anggota badan secara mudah dan boleh dilakukan di mana-mana saja. Dalam Relaksasi dapat ditambahkan dengan melakukan visualisasi. Visualisasi adalah suatu cara untuk melepaskan gangguan dalam pikiran dengan cara membayangkan gangguan itu sebagai sesuatu benda, dan kemudian kita melepaskannya. Teknik Relaksasi Nafas Dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Masnina & Budi Setyawan, 2018).

2.3.2 Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Menurut (Masnina & Budi Setyawan, 2018) tujuan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

2.3.3 Teknik Relaksasi Napas Dalam

Mekanisme relaksasi nafas dalam (deep breathing) pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari (Izzo, 2008). Stimulasi peregangan di arkus aorta dan sinus karotis diterima dan diteruskan oleh saraf vagus ke medula oblongata (pusat regulasi kardiovaskuler) selanjutnya merespon terjadinya peningkatan refleksi baroreseptor (Masnina & Budi Setyawan, 2018)

2.3.4. Langkah-Langkah Melakukan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Menurt (Masnina & Budi Setyawan, 2018) langkah-langkah melakukan relaksasi napas dalam adalah sebagai berikut:

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan

4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
8. Usahakan agar tetap konsentrasi atau mata sambil terpejam
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.
12. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat.

2.3.5 Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam

Adapun manfaat relaksasi nafas dalam menurut (Masnina & Budi Setyawan, 2018) antara lain:

- 1) Mengurangi resiko penyakit tekanan darah tinggi;
- 2) Mengurangi ketegangan otot tubuh;
- 3) Mengurangi pengerasan jaringan pembuluh darah tubuh;
- 4) Menambah energi dalam tubuh;
- 5) Meningkatkan kualitas tidur dan menghilangkan insomnia;
- 6) Meningkatkan daya tahan tubuh;
- 7) Meningkatkan dan konsentrasi;

- 8) Menjadi lebih tenang secara emosional;
- 9) Membantu mengurangi rasa nyeri;
- 10) Mengurangi biaya kesehatan kecelakaan;
- 11) Mengurangi resiko serangan jantung dan kematian akibat penyakit jantung.

2.4 Konsep Guided imagery

2.4.1 Pengertian Guided Imagery.

Pengertian guided imagery adalah teknik relaksasi yang dapat memberikan kontrol kepada pasien sehingga memberikan kenyamanan fisik mental (wulandari,2015). Guided imagery adalah salah satu tindakan komplementer dengan teknik untuk menentukan seseorang dalam membayangkan dengan apa yang berimajinasi dengan panca indra untuk membayangkan dengan apa yang di lihat, dirasakan, didengar,dicium,dan di sentuh atau membayangkan pengalaman yang menyenangkan pengalaman yang menyenangkan untuk membawa respon fisik yang di inginkan (menurunkan intensitas nyeri).

2.4.2 Tujuan Teknik Guided Imagery

Menurut jhonson JY,2005 menyebutkan bahwa guided imagery akan memberikan efek rileks dengan menurunkan ketegangan otot sehingga nyeri akan berkurang pasien yang melakukan guided imagery ini di haruskan berkonsentrasi terhadap imajinasi yang di sukai dengan pimpinan oleh perawat.

2.4.3 Manfaat Teknik Guided Imagery

Menurut perry and potter,2006 imajinasi terbimbing memiliki efek yang bermanfaat untuk kesehatan: menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan perasaan damai dan sejahtera.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1. Pengkajian

Adalah langkah awal dan dasar bagi seorang perawat dalam melakukan pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan pasien tersebut. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu menentukan status kesehatan dan pola pertahanan pasien serta memudahkan dalam perumusan diagnose keperawatan (WHO, 2023)

Pengumpulan Data

- a. Identitas Meliputi nama, usia (kebanyakan terjadi pada usia muda), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnose medis.
- b. Keluhan Utama Sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah sakit kepala berdenyut disertai rasa berat di tengkuk, pusing.

P(Prevetif) : penyebab sakit kepala nya ?

Q(Quality) : ada dimana sakitnya ?

R(Region) : lokasi sakitnya dimana ?

S(Skala) : skala sakitnya berapa ? (1-3 Ringan, 4-6 Sedang, 7- 10 Berat)

T (Time) : waktu sakitnya kapan saja ?

1. Riwayat Penyakit sekarang Pada sebagian besar penderita hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang di maksud adalah sakit kepala, pendarahan di hidung, pusing, wajah kemerahan, dan kelelahan yang bisa terjadi pada penderita hipertensi. Jika hipertensinya berat atau menahan tidak di obati, bisa timbul gejala sakit kepala, kelelahan, muntah, sesak nafas, pandangan menjadi kabur, yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma.
2. Riwayat kesehatan dahulu / sebelumnya Apakah ada riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit ginjal, obesitas, hiperkolesterol, adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan pengguna obat kontrasepsi oral dan lain ± lain.
3. Riwayat kesehatan keluarga Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi.
4. Riwayat Psikososial Meliputi perasaan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana cara mengatasinya serta sebagaimana perilaku pasien terhadap tindakan yang dilakukan terhadap dirinya.

Pemeriksaan Fisik

1. B1(Sistem pernafasan / Breathing) Adanya dipsnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, penggunaan otot pernafasan, bunyi nafas tambahan (krekels/mengi). Pemeriksaan pada sistem pernafasan sangat mendukung untuk mengetahui masalah pada pasiendengan gangguan kardiovaskuler.

a. Inspeksi : untuk melihat seberapa berat gangguan sistem kardiovaskuler. Bentuk dada yang biasa ditemukan adalah:

- a) Bentuk dada thoraks en beteau (thoraks dada burung).
- b) Bentuk dada thoraks emsisematous (dada berbentuk seperti tong).
- c) Bentuk dada thoraks phfisis (panjang dan gepeng).

b. Palpasi rongga dada Tujuannya :

- a) Melihat adanya kelainan pada dinding thoraks.
- b) Menyatakan adanya tanda penyakit paru dan pemeriksaan sebagai berikut : Gerakkan dinding thoraks saat inspirasi dan ekspirasi.
Untuk getaran suara : Getaran yang terasa oleh tangan pemeriksaan yang diletakkan pada dada pasien mengucapkan kata ± kata.

c. Perkusi teknik yang dilakukan adalah pemeriksaan meletakkan falang terakhir dan sebagian falang kedua jaritengah pada tempat yang hendak di perkusi. Ketukan ujung jari tengah tangan kanan pada jari kiri

tersebut dan lakukan gerakan bersumbu pada pergelangan tangan
Posisi pasien duduk atau berdiri.

d. Auskultasi Suara nafas normal :

a) Trakeobronkhial, suara normal yang terdengar pada trackea seperti meniup pipa besi. Suara nafas lebih keras dan pendek saat inspirasi.

b) Bronkovesikuler, suara normal di daerah bronchi, yaitu di sternum atas (torakal).

c) Vesikuler, suara normal di jaringan paru, suara nafas saat inspirasi dan ekspirasi sama.

2. B2(Sistem kardiovaskuler / blood)

Kulit pucat, sianosis, diaphoresis (kongesti, hipoksemia). Kenaikan tekanan darah, hipertensi postural (mungkin berhubungan dengan regimen obat), takirkadi, bunyi jantung terdengar S2 pada dasar S3 (CHF dini), S4 (pengerasan ventrikel kiri atau hipertropi ventrikel kiri). Murmur stenosis valvular. Desiran vascular terdengar diatas karotis, femoralis atau epigastrium (stenosis arteri). DVJ (Distensi Vena Jugularis).

3. B3(Sistem persyarafan / Brain)

Keluhan pening atau pusing, GCS 4-5-6, penurunan kekuatan genggam tangan atau refrek tendon dalam, keadaan umum, tingkat kesadaran.

4. B4(sistem perkemihan / Blendder)

Adanya infeksi pada gangguan ginjal, adanya riwayat gangguan (susah bak, sering berkemih pada malam hari).

5. B5(Sistem pencernaan / bowel)

Biasanya terjadinya penurunan nafsu makan, nyeri pada abdomen / massa (feokromositoma).

6. B6(sistem muskuloskeletal / bone) Kelemahan, letih, ketidakmampuan mempertahankan kebiasaan rutin, perubahan warna kulit, gerak tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat.

2.5.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan(DPP/PPNI, 2017) Proses penegakan diagnosis atau mendiagnosis merupakan suatu proses yang sistematis terdiri atas tiga tahap yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan penemuan diagnosis.

Semua diagnosa keperawatan harus di dukung oleh data. Data yang di artikan sebagai definisi karakteristik. Definisi kareakteristikdinamakan “Tanda dan Gejala”, tanda adalah sesuatu yang dapat diobservasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh klien. Diagnosa keperawatan

di bagi menjadi 2 jenis, yaitu diagnosa negatif dan diagnosa positif. Diagnosa negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosa ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosa ini terdiri dari diagnosa aktual dan diagnosa resiko. Diagnosa positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosa ini juga disebut dengan diagnosa promosi kesehatan (PPNI/DPP standar diagnosa keperawatan Indonesia, 2017)).

1. Diagnosa aktual

Diagnosa ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses hidupnya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Rumus penulisan diagnosa aktual adalah penulisan tiga bagian dengan formulasi sebagai yaitu : masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda dan gejala.

2. Diagnosa resiko

Diagnosa ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi resiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor resiko mengalami masalah kesehatan. Rumus penulisan diagnosa resiko adalah penulisan dua bagian dengan formulasi yaitu : masalah dibuktikan dengan faktor resiko.

3. Diagnosa promosi kesehatan

Diagnosa ini menggambarkan adanya keinginan atau motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal. Rumus penulisan diagnosa promosi kesehatan adalah penulisan dua bagian dengan formulasi yaitu : masalah dibuktikan dengan tanda/gejala. Diagnosa keperawatan pada kasus pneumonia berdasarkan pathway, diagnosa yang mungkin muncul yaitu:

1. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)
2. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Hambatan Lingkungan (D.0055)
3. Penurunan Curah Jantung Berhubungan Dengan Perubahan Afterload (D.0008)
4. Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Kelemahan (D.0056)

2.5.3. Intervensi Keperawatan

Adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian kelinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim 29 Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan ketrampilan, di antara pengetahuan kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktik keperawatan, dan peran dari tenaga kesehatan lainnya.

Intervensi keperawatan yang di berikan kepada pasien hipertensi adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Hipertensi

No.	Dx Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri Akut Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 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 1. Identifikasi skala nyeri 2. Monitor efek samping penggunaan analgesik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: Teknik Relaksasi Napas Dalam 2. Fasilitas istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Hambatan Lingkungan (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur meningkat 2. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat 3. Kemampuan beraktivitas menurun	DUKUNGAN TIDUR (I.09265) Observasi 1. Identifikasi pola aktifitas dan tidur 2. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur Terapeutik

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Tetapkan jadwal tidur rutin <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
3.	Penurunan Curah Jantung Berhubungan Dengan Perubahan Afterload (D.0008)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan curah janutng meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah membaik 2. Lelah menurun 	<p>PERAWATAN JANTUNG (I.02075)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktifitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap
4.	Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Kelemahan (D.0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari – hari meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Tekanan darah membaik (PPNI/DPP standar luaran keperawatan indonesi, 2017) 	<p>MANAJEMEN ENERGI (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktiftas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan (Indonesia, 2017)

2.5.4. Implementasi

Menurut SIKI dan Pokja (2018), tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi. Implementasi keperawatan yang dapat dilakukan untuk pasien hipertensi dengan nyeri akut adalah pemberian pijat refleksi, pijat refleksi dapat memperlancar peredaran darah dan dapat membuat pasien menjadi lebih rileks terutama pada pasien hipertensi dengan nyeri akut. Tindakan yang dilakukan adalah Teknik Relaksasi Napas Dalam. (Wilkins, 2015)

2.5.5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan menurut Kozier (2010) adalah fase kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assessment, planning) (Wilkins, 2015).