

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Hipertensi**

##### **2.1.1 Pengertian**

Hipertensi adalah tekanan darah yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg dan di klasifikasikan sesuai derajat keparahannya. Mempunyai rentang dari tekanan darah normal, tinggi sampai Hipertensi Maligna (Doegoes,2000).

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolic dengan konsisten di atas 140/90 mmHg. Pada lansia hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan Diastolik 90 mmHg (Ibrahim,2017).

##### **2.1.2 Etiologi**

Berdasarkan etiologinya, hipertensi dibagi menjadi primer dan sekunder hanya sekitar 5-8 % dari seluruh penderita hipertensi.

Hipertensi primer atau berat adalah hipertensi yang tidak terdiagnosis.

#### **1. Kondisi kehidupan**

Tingkat tekanan darah bergantung pada hubungan antara faktor genetik dan pengaruh gaya hidup. Tekanan darah tinggi cenderung diturunkan dalam keluarga dan cenderung bertahan lama. Meski ada kepercayaan bahwa tekanan darah tinggi diturunkan dalam keluarga karena anggota keluarga memiliki gaya hidup dan pola makan yang sama.

## 2. Mengonsumsi garam

Garam sangat penting dalam perkembangan tekanan darah tinggi. Pengaruh makanan terhadap perkembangan tekanan darah tinggi terjadi melalui peningkatan volume plasma dan tekanan darah, yang menandakan garam natrium dalam garam meja (NaCl), bakmi, bubuk, natrium benzoat, buncih (natrium glutamat). Dalam kondisi normal, jumlah natrium yang dikeluarkan tubuh melalui urin harus sama dengan jumlah makanan untuk menjaga keseimbangan (Almatsier, 2010). WHO merekomendasikan untuk membatasi asupan garam meja hingga 6 gram per hari. Asupan natrium yang berlebihan (terutama natrium bikarbonat) dapat meningkatkan tekanan darah dengan mengganggu keseimbangan cairan (Departemen Kesehatan, 2008).

## 3. Alkohol

Orang yang suka minum alkohol mengalami perubahan dan peningkatan tekanan darah yang cepat. Alkohol memiliki efek yang sama seperti karbon monoksida: meningkatkan keasaman darah. Ini menyebabkan pendarahan pada 7% kasus. Minum alkohol lebih dari dua kali sehari meningkatkan tekanan darah sistolik sebesar 1,0 mmHg dan tekanan darah diastolik sebesar 0,5 mmHg per minuman (Palmer, et al., 2007).

## 4. Stres

Stres adalah suatu kondisi non-spesifik yang dialami pasien karena tuntutan emosional, fisik atau lingkungan yang melebihi kapasitas

dan kemampuan untuk mengatasinya secara efektif. Stres diduga disebabkan oleh tindakan sistem saraf. Perawatan yang lebih intensif dapat menurunkan tekanan darah. Gangguan kepribadian dapat terjadi sementara pada orang yang menghadapi situasi stres. Jika stres terus berlanjut, tekanan darah Anda akan terus meningkat.

#### 5. Tekanan darah tinggi

Tekanan darah tinggi meningkat seiring bertambahnya usia dan penyerapan kalsium menurun seiring bertambahnya usia. Hal ini menyebabkan pembuluh darah menyempit. Ketika aliran darah terganggu, tekanan darah meningkat.

### **2.1.3 Klasifikasi hipertensi**

Kriteria baru untuk mengklasifikasikan perdarahan tidak lagi menggunakan istilah perdarahan ringan, sedang, dan berat (WHO 2002-2005).

- a) Tekanan darah normal adalah sistolik 120 mmHg dan diastolik 80 mmHg.
- b) Hipertensi ringan adalah tekanan darah sistolik 140 sampai 180 mmHg dan tekanan darah diastolik 90 sampai 105 mmHg.
- c) Hipertensi ambang adalah tekanan darah sistolik 140 hingga 160 mmHg dan tekanan darah diastolik 90 hingga 95 mmHg.
- d) Hipertensi ringan dan berat adalah tekanan darah sistolik 180 mmHg dan tekanan darah diastolik 150 mmHg.

#### 2.1.4 Manifestasi klinis

Tanda dan gejala darah tinggi pada pasien kanker belum diketahui secara pasti, dan pasien mungkin mengira bahwa tidak adanya keluhan berarti tekanan darahnya tidak tinggi. Gejala darah tinggi baik yang didengar oleh pasien maupun dilihat oleh orang lain (dokter), berkisar dari tidak ada keluhan/gejala hingga gejala yang sangat berat, oleh karena itu berhati-hatilah. Misalnya saja jika tekanan darah Anda sangat tinggi (very high), tekanan darah Anda bisa mencapai 240/130 mmHg tanpa keluhan. Sebaliknya, beberapa orang mempunyai tekanan darah sistolik hanya 140 mmHg. Atau jika tekanan darah diastolik 90 mmHg, pasien pernah mengalami gejala yang mengganggu aktivitas sehari-hari, seperti lesu, berputar, melayang. Gejalanya meliputi sakit kepala dan kelelahan. Secara umum, gejala paling umum yang mempengaruhi sebagian besar pasien yang didiagnosis menderita tekanan darah tinggi adalah: Beberapa pasien yang menderita tekanan darah tinggi adalah:

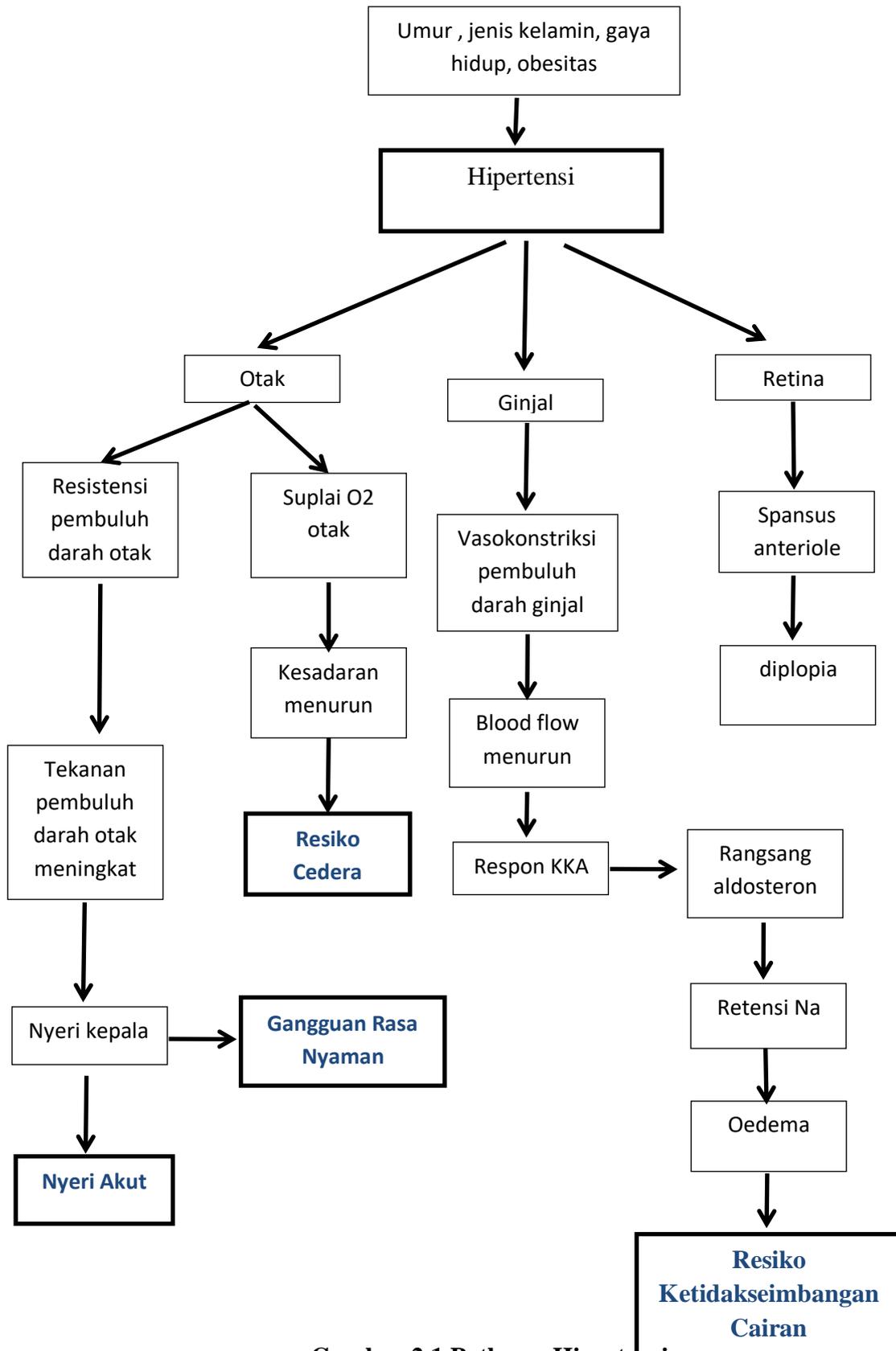
- a. Keluhan sakit kepala dan pusing.
- b. lemah, lelah
- c. Kesulitan bernapas
- d. Gelisah
- e. Mual
- f. muntah
- g. penglihatan kabur
- h. Kurangnya pengetahuan

- i. Telinga berdenging
- j. nyeri dada

### **2.1.5 Patofisiologi**

Tekanan darah dikendalikan oleh dua faktor: aliran darah dan tekanan pembuluh darah perifer, dan aliran darah ditentukan oleh detak jantung dan volume darah. Dilatasi dan stenosis arteriol perifer dikendalikan oleh banyak mekanisme, terutama sistem saraf simpatis dan sistem renin-angiotensin. Pusat paramotor medula dapat dirangsang oleh baroreseptor atau tekanan mental, dan impuls dikirim melalui saraf simpatis. Dalam kasus katekolamin, norepinefrin dilepaskan dari serabut saraf postganglionik, yang menyebabkan vasokonstriksi, dan epinefrin meningkatkan durasinya dan berperan penting dalam pengendalian tekanan darah. Ginjal juga berperan penting dalam mengontrol tekanan darah. Aliran darah ke ginjal mengaktifkan sistem renin-angiotensin-aldosteron. Renin berperan penting dalam produksi angiotensin, yang mempengaruhi vasokonstriksi pembuluh darah perifer.

## PATHWAY



Gambar 2 1 Pathway Hipertensi

### **2.1.6 Pencegahan**

Menurut Febry dkk (2013), pencegahan penyakit darah tinggi adalah dengan mengurangi asupan garam, kebutuhan garam per hari yaitu 5g, untuk mencegah obesitas.

1. Kurangi asupan lemak Anda
2. Berlatih secara teratur
3. Makan buah dan sayur segar
4. Jangan merokok atau minum alkohol.
5. Latihan relaksasi/meditasi
6. Cobalah untuk membangun hubungan yang baik

### **2.1.7 Perawatan jenis pengobatan**

1. Mekanisme tekanan darah non farmakologi Metode pengobatan komplementer menurut rekomendasi evaluasi Natural Cammito untuk guncangan tekanan darah tinggi
  - a. tumpukan berat lemak
  - b. Gunakan garam dapur
  - c. Kurangi konsumsi alkohol
  - d. berhenti merokok
  - e. latihan teratur
  - f. Diet rendah lemak
  - g. Sediakan potasium dalam bentuk buah dan sayuran
2. Obat anti hipertensi
  - a. Dioverica, diuretik yang umum digunakan, mengurangi penyerapan.

- b. Pemblokir Beta (B.Blocker)
- c. antagonis kalium
- d. Lanbi ACE
- e. Obat sentral hipertensi (simpatik)

### **2.1.8 Masalah**

Organ tubuh sering terserang penyakit darah tinggi, antara lain pendarahan, gangguan penglihatan, bahkan kebutaan dan gagal jantung. berdarah Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan penyakit jantung dan penyakit arteri koroner. Untuk pasien dengan tekanan darah tinggi. Mengurangi tekanan pada jantung dan mengurangi elastisitasnya dianggap sebagai biaya. Akibatnya, jantung tidak dapat memompa dan kelebihan cairan menumpuk di paru-paru dan jaringan tubuh lainnya sehingga menyebabkan kesulitan bernapas atau jantung berdebar. Kondisi ini disebut gagal jantung (Arief, 2001). Penyakit jantung koroner, atau gagal jantung, mempengaruhi kemampuan jantung untuk menahan tekanan darah tinggi, yang dikenal sebagai penyakit jantung iskemik. Tekanan darah tinggi disertai dengan penurunan oksigen dan faktor risiko lain yang mempercepat proses aterosklerotik, sehingga mengurangi oksigen ke otot jantung.

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Tekanan darah tinggi dapat dikontrol dengan pengobatan dan perubahan gaya hidup. Anda dapat meningkatkan kesehatan dengan mengurangi asupan garam hingga kurang dari ¼ sendok teh (6

g/hari), menurunkan berat badan, dan menghindari minuman berkafein, tembakau, dan minuman beralkohol. Olah raga seperti jalan kaki atau jogging dianjurkan bagi penderita tekanan darah tinggi. Jogging, bersepeda selama 20 hingga 25 menit dengan frekuensi 3 hingga 5 kali dalam seminggu. Istirahat (6 hingga 8 jam) dan manajemen stres juga penting. Disarankan agar Anda berkonsultasi dengan dokter keluarga Anda mengenai pemilihan dan penggunaan antikoagulan. Makanan yang sebaiknya atau sebaiknya dihindari oleh penderita darah tinggi:

1. Makanan kaya lemak jenuh (otak, ginjal, paru-paru, minyak kelapa)
2. Makanan olahan dengan garam natrium (kue kering, keripik, dan makanan kering asin)
3. Makanan dan minuman kaleng (sarden, sosis, daging kaleng, buah dan sayur kalengan, minuman ringan)
4. Makanan kaleng (daging sapi keju, sayur/buah, daging cincang, ikan asin, pindang, udang kering, telur elang, selai kacang),
5. Sumber protein hewani yang tinggi kolesterol antara lain susu murni, mentega, keju, margarin, mayonaise, dan daging merah (sapi/kambing), telur, dan kulit ayam.
6. Makanan yang mengandung garam natrium, seperti kecap, maggi, udang asin, saus tomat, saus sambal dan teuco.

7. Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol, seperti durian dan nanas.

Di Indonesia mengalami perubahan akibat pengaruh makanan cepat saji kalengan, tinggi garam, lemak jenuh dan rendah serat, terutama di kota-kota besar di Indonesia. Tinjau gejala dan faktor risiko tekanan darah tinggi dan kelola melalui pola makan dan pengobatan untuk menghindari komplikasi.

## **2.2 Konsep Terapi Relaksasi Nafas Dalam**

### **2.2.1 Definisi**

Terapi relaksasi nafas dalam Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian. (Hartanti, dkk, 2016). Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi, dan dapat mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis bagi penderita hipertensi (Masnina & Setyawan, 2018).

### **2.2.2 Tujuan terapi relaksasi nafas dalam**

Relaksasi napas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas (Bruner & Suddart, 2013).

### **2.2.3 Manfaat terapi relaksasi nafas dalam**

Beberapa manfaat terapi relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut: (Wardani, 2015)

- a. Ketentraman hati
- b. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- c. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah
- d. Detak jantung lebih rendah
- e. Mengurangi tekanan darah
- f. Meningkatkan keyakinan
- g. Kesehatan mental menjadi lebih baik

### **2.2.4 Pengaruh**

Terapi relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tekanan darah  
Relaksasi nafas dalam adalah tindakan yang disadari untuk mengatur pernafasan secara dalam yang dilakukan oleh korteks serebri,

sedangkan pernafasan spontan dilakukan oleh medulla oblongata. Relaksasi nafas dalam dilakukan dengan mengurangi frekuensi bernafas 16-19 kali dalam satu menit menjadi 6-10 kali dalam satu menit. Relaksasi nafas dalam akan merangsang munculnya oksida nitrit yang akan memasuki paru-paru bahkan pusat otak yang berfungsi membuat orang menjadi lebih tenang sehingga tekanan darah yang dalam keadaan tinggi akan menurun (Wardani, 2015).

### **2.2.5 Prosedur tindakan terapi relaksasi nafas dalam**

Langkah-Langkah teknik terapi relaksasi nafas dalam menurut Wardani (2015) sebagai berikut:

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang.
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang.
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan.
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali.
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi.
- i. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga benar-benar rileks.

- j. Ulangi selama 15 menit, dan selingi istirahat singkat setiap 5 kali pernafasan.

## **2.3 Konsep Rasa nyaman**

### **2.3.1 Definisi Rasa Nyaman**

Kenyamanan/ rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri) ( Kolcaba, 1992 dalam Potter & Perry ,2006) .

Berbagai teori keperawatan menyatakan kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan. Konsep kenyamanan mempunyai subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri.

### **2.3.2 Prinsip Kebutuhan rasa nyaman**

Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

1. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.

2. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
3. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
4. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna dan unsur alamiah lainnya. Perubahan kenyamanan adalah dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespon terhadap rangsangan yang berbahaya (Linda Jua, 2000). Nyeri merupakan perasaan dan pengalaman emosional yang timbul dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial atau gambaran adanya kerusakan (NANDA, 2005).

### **2.3.3 Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Pemenuhan**

#### **Kebutuhan Rasa Nyaman**

Potter & Perry, 2006 menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi keamanan dan keselamatan meliputi:

1. Emosi

Kondisi psikis dengan kecemasan, depresi, dan marah akan mudah mempengaruhi keamanan dan kenyamanan

2. Status Mobilisasi

Status fisik dengan keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko cedera

3. Gangguan Persepsi Sensori

Adanya gangguan persepsi sensorial akan mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan

4. Keadaan Imunitas

Daya tahan tubuh kurang memudahkan terserang penyakit

5. Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran yang menurun, pasien koma menyebabkan respon terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.

6. Informasi atau Komunikasi

Gangguan komunikasi dapat menimbulkan informasi tidak diterima dengan baik.

7. Gangguan Tingkat Pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksisebelumnya.

8. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok

9. Status nutrisi

Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu.

#### 10. Usia

Pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri

#### 11. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

#### 12. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi

## **2.4 Konsep Asuhan keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan.

#### 1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data berarti mengumpulkan informasi tentang pasien, hal ini dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi permasalahan, serta kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Memperoleh informasi berarti tahap awal proses keperawatan. Data yang kami kumpulkan

memberikan informasi mendasar tentang anda. Berikut adalah data perawatan berdasarkan hal tersebut akan ditentukan diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan, tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan.

Menurut Hidayat (2009), peran keperawatan pada penderita hipertensi dewasa adalah:

- a. Identitas Tekanan darah tinggi merupakan penyakit yang menyerang orang dewasa dan lanjut usia serta dapat berakibat fatal. Namun, tidak ada perbedaan jumlah penderita hipertensi tergantung di mana mereka tinggal, dan kami melihat lingkungan yang menyebabkan penyakit ini.
- b. Keluhan utama Pasien sering mengeluh leher kaku, kaku, sakit kepala dan rasa tidak nyaman.
- c. Riwayat sakit kepala dan nyeri leher baru-baru ini.
- d. Riwayat klinis Pasien sering mengalami sakit kepala kronis dan terus-menerus.
- e. Riwayat kesehatan keluarga Riwayat keluarga disebabkan oleh faktor genetik.
- f. Bekerja/istirahat, gejala: Kelemahan, kelelahan, sesak napas, perasaan lesu. Gejala: peningkatan denyut jantung, perubahan denyut jantung, takipnea.
- g. Distribusi, gejala: Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit koroner/katup dan penyakit serebrovaskular serta episode jantung berdebar. gejala Peningkatan tekanan darah,

denyut karotis, jugularis dan radial, takikardia, murmur stenosis katup, kejang otot, kulit pucat, sianosis dan suhu rendah (vasokonstriksi perifer).

- h. Integritas ego, gejala: Riwayat perubahan kepribadian, kecemasan dan berbagai pemicu stres (relasional, finansial, pekerjaan). Gejala: Suasana hati berubah-ubah, gelisah, kewaspadaan menurun, menangis tiba-tiba, ketegangan mata, kesulitan bernapas, pola bicara meningkat.
- i. Pembatalan, gejala: Penyakit ginjal saat ini atau yang sedang berlangsung (seperti riwayat penyumbatan atau penyakit ginjal)
- j. Makanan/Air, Gejala: Diet tinggi garam, lemak dan kolesterol, mual, muntah, perubahan berat badan baru-baru ini (naik/turun) dan riwayat penggunaan diuretik  
Gejala: berat badan normal atau penyerapan normal, munculnya edema, diabetes.
- k. Nyeri saraf, gejala: Keluhan sakit kepala ringan/pusing, bengkak, sakit kepala, hipooksipital (terjadi saat bangun tidur dan hilang setelah beberapa jam), gangguan penglihatan (diploopia, mata gelap, epistaksis). Gejala: Perubahan kontrol kognitif, kewaspadaan, arah, pola/isi bicara, afek, pola pikir, penurunan kekuatan genggaman tangan.

- l. Nyeri/nyeri, gejala: Hasil pengkajian nyeri PQRST pada pasien didapat:
  - P : Pasien mengatakan nyeri pada tengkuk kepala bertambah jika melakukan aktivitas (saat berkebun).
  - Q : Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti berdenyut.
  - R : Nyeri pada tengkuk kepala menjalar hingga ke pundak
  - S : Skala nyeri 5 (0-10)
  - T : Nyeri dirasakan hilang timbul Angina (kanker tenggorokan/penyakit jantung), sakit kepala.
- m. Gejala pernafasan: Aktivitas/pekerjaan yang berhubungan dengan mendengkur, takipnea, ortopnea, suara serak, batuk dengan atau tanpa mendengkur, riwayat merokok.
  - Gejala: kekurangan udara akibat kesulitan bernapas/pengerahan otot pernafasan. (mengi), sianosis.
- n. Keamanan, gejala: Gangguan koordinasi/gaya berjalan, penurunan postur tubuh

#### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial, Diagnosa yang bisa muncul karena penyakit hipertensi adalah

1. Gangguan rasa nyaman nyeri

2. Nyeri akut
3. Resiko cedera

### 2.4.3 Interensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan.

**Tabel 2 1 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Hipertensi**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	Gangguan Rasa Nyaman	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x kunjungan di harapkan Status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah meurun 3. Lelah menurun	<b>Manajemen Nyeri</b> Observasi : 1. Identifikasilokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 2. Identifikasi skalanyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1. Jelaskan penyebab,	<b>Manajemen Nyeri</b> Observasi: 1. Untuk mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri 2. Untuk mengetahui frekuensi nyeri 3. Untuk mengetahui nyeri pada pasien 4. Untuk mengetahui faktor penyebab nyeri 5. Untuk meminimalisir nyeri yang terjadi 6. Untuk mengetahui dampak nyeri dalam kehidupan pasien 7. Untuk mencegah terjadinya reaksi alergi obat Terapeutik: 1. Untuk mengurangi rasa nyeri pasien dan membuat lingkungan pasien lebih nyaman 2. Agar kebutuhan istirahat dan tidur pasien terpenuhi. 3. Untuk mempercepat penurunan nyeri yang dialami pasien. Edukasi: 1. Agar pasien dan keluarga bisa mengatasi penyebab dan pemicu nyeri 2. Agar pasien dan keluarga

			periode dan pemicu nyeri	bisa mengatasi nyeri
			2. Jelaskan strategi meredakan nyeri	3. Agar pasien dan keluarga dapat mengontrol nyeri
			3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	4. Untuk mengurangi nyeri pada pasien
			4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	5. Untuk mengurangi rasa nyeri
			5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Kolaborasi:
			Kolaborasi :	1. Agar nyeri pada pasien bisa berkurang
			1. Kolaborasi pemberian obat analgetik, jika perlu	
2.	Resiko Cedera	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:	Observasi:	Observasi :
		1. Kejadian cedera menurun	1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera	1. Untuk meminimalisir terjadinya cedera
		2. Ketegangan otot menurun	2. Identifikasi obat yang menyebabkan cedera	2. Untuk mengantisipasi terjadinya cedera karena salah mengonsumsi obat
		3. Tekanan darah membaik	Terapeutik:	Terapeutik :
		4. Pola istirahat dan tidur membaik	1. Sediakan alas kaki antislip	1. Agar pasien tidak tergelincir
			2. Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi di tempat tidur, jika perlu	2. Untuk lebih memudahkan pasien dalam eliminasi BAK/BAB
			3. Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan	3. Untuk meminimalisir terjadinya kecelakaan seperti jatuh dari tempat tidur
			Edukasi :	Edukasi ;
			1. Jelaskan alasan intervensi pada pasien dan keluarga	1. Agar pasien bisa memahami upaya yang dilakukan untuk dapat mengurangi terjadinya resiko cedera pada pasien
			2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum bangun berdiri	2. Agar pasien tidak merasakan pusing dan pegal jika tidur terus menerus
3.	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x kunjungan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :	Observasi :	Observasi :
		1. Kesulitan tidur menurun	1. Identifikasi skala nyeri	1. Untuk mengetahui skala nyeri
		2. Meringis menurun	2. Identifikasi respon nyeri non verbal	2. Untuk memantau sejauh mana rasa nyeri yang dialami pasien. Apakah sampai pasien tampak meringis
		3. Gelisah	3. Monitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	3. Untuk mencegah terjadinya faktor-faktor yang dapat memperberat nyeri
			4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	4. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup
			Terapeutik :	Terapeutik :
			1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	1. Untuk merilekskan pasien
			2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	
			3. Fasilitasi istirahat dan	

	menurun	tidur	agar dapat mengurangi rasa nyeri yang di rasa
		Edukasi :	2. Untuk mencegah terjadinya kecelakaan yang menyebabkan nyeri bertambah pada pasien
		1. Jelaskan strategi meredakan nyeri	3. Agar kebutuhan istirahat dan tidur pasien terpenuhi
		2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Edukasi :
		3. Anjurkan menggunakan analgetik secara cepat	1. Agar pasien bisa meredakan nyeri yang diderita
			2. Agar keluarga dan pasien bisa mengontrol nyeri yang dialami pasien
			3. Untuk meredakan nyeri yang diderita
4.	Resiko Ketidakseimbangan Cairan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x kunjungan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :	Onservasi:
		1. Asupan cairan meningkat	1. Untuk mengetahui frekuensi dan kekuatan nadi
		2. Haluaran urin meningkat	2. Untuk memantau tekanan darah
		3. Kelembaban membran mukosa meningkat	3. Untuk mengetahui apakah cairan dalam tubuh berkurang atau tidak
		4. Tekanan darah membaik	Terapeutik:
		5. Membran mukosa membaik	1. Agar hasil pemantau dapat disimpan
			Edukasi:
			1. Agar pasien mengertitujuan dari pemantauan di lakukan

#### **2.4.4 Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Nettina, 2002). Jadi, implementasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

#### **2.4.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan.

1. Pertahankan pasokan jaringan secara konstan. Tekanan darah berada dalam kisaran yang dapat diterima dengan perubahan pola makan dan gaya hidup, tidak ada gejala angina, jantung berdebar, atau penurunan ketajaman penglihatan, kadar BUN dan kreatinin serum stabil, dan denyut nadi dapat terdeteksi secara perifer.
2. Ikuti rencana pengobatan dini, minum obat sesuai resep dan laporkan efek samping, ikuti pola makan yang dianjurkan, kurangi natrium, kolesterol, dan kalori, olah raga teratur dan teratur, ukur tekanan darah secara teratur, berhenti merokok, minum alkohol dan minum alkohol. , pergi ke puskesmas atau dokter.

3. Tanpa komplikasi : tidak terjadi kehilangan penglihatan, tidak terjadi pendarahan pada pangkal mata, bengkak dan frekuensi serta kecepatan pernafasan dalam batas normal, tidak terjadi pembengkakan atau edema, haluaran urine harus banyak minum air putih, pemeriksaan fungsi ginjal dalam batas normal. menunjukkan keterbatasan, tidak menunjukkan gangguan motorik, bahasa, kognitif dan tidak mempengaruhi sakit kepala, lesu dan perubahan gaya berjalan (Tucker, et al, 1999).