

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Hipertensi

2.1.1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi saat tekanan darah berada pada nilai 140/90 mmHg atau lebih. Kondisi ini dapat menjadi berbahaya, karena jantung dipaksa memompa darah lebih keras keseluruh tubuh hingga bisa mengakibatkan timbulnya berbagai penyakit seperti ginjal, stroke, dan gagal jantung (Pendriat Dingko, 2020).

2.1.2. Klasifikasi

Hipertensi dapat didiagnosa sebagai penyakit yang berdiri sendiri tetapi sering dijumpai dengan penyakit lain, misalnya obesitas, diabetes melitus. Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat dikelompokkan menjadi dua golongan yaitu (WHO, 2014).

1. Hipertensi esensial atau hipertensi primer

Sebanyak 90-95% kasus hipertensi yang terjadi tidak diketahui dengan pasti apa penyebabnya. Para pakar menemukan hubungan antara riwayat keluarga penderita hipertensi (genetik) dengan resiko menderita penyakit ini. Selain itu juga para pakar menunjukkan stress sebagai tertuduh utama, dan faktor lain yang mempengaruhinya. Faktor-faktor lain yang dapat dimasukkan dalam penyebab hipertensi jenis ini adalah lingkungan. kelainan metabolisme,

intra seluler, dan faktor-faktor yang meningkatkan resikonya seperti obesitas, merokok, konsumsi alkohol, dan kelainan darah. (Pendriat Dingko, 2020)

2. Hipertensi renal atau hipertensi sekunder

Pada 5-10% kasus sisanya, penyebab khususnya sudah diketahui, yaitu gangguan hormonal, penyakit diabetes, jantung, ginjal, penyakit pembuluh darah atau berhubungan dengan kehamilan Kasus yang sering terjadi adalah karena tumor kelenjar adrenal. Garam dapur akan memperburuk resiko hipertensi tetapi bukan faktor penyebab.

2.1.3. Etiologi

Penyebab hipertensi atau tekanan darah tinggi masih belum bisa dipastikan pada lebih dari 90% kasus yang ada, tapi terdapat beberapa faktor yang dapat meningkatkan resiko mengalami tekanan darah tinggi. Faktor-faktor yang bisa meningkatkan resiko terkena tekanan darah tinggi primer adalah sebagai berikut:

1. Kadar garam yang tinggi dalam makanan

Konsumsi diet tinggi garam atau kandungan lemak, secara langsung berkaitan dengan berkembangnya penyakit hipertensi.

2. Kelebihan berat badan

Berat badan atau obesitas (>25% diatas BB ideal) juga sering dikaitkan dengn berkembangnya hipertensi.

3. Riwayat kesehatan keluarga dengan tekanan darah tinggi

Faktor genetik individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi beresiko lebih tinggi untuk mendapatkan penyakit ini ketimbang mereka yang tidak.

4. Merokok dan Terlalu banyak mengonsumsi minuman keras

Gaya hidup merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah (bila gaya hidup yang tidak sehat tersebut tetap diterapkan).

5. Stress dan resiko tekanan darah tinggi meningkat seiring bertambahnya usia

2.1.4. Tanda dan Gejala

Sering sekali dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Menurut Smeltzer (2013) tanda dan gejala beberapa pasien yang menderita hipertensi biasanya mengeluh sakit kepala, pusing lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah. Tanda dan gejala pada pasien hipertensi adalah:

1. Peningkatan tekanan darah >140/90mmHg
2. Sakit kepala
3. Pusing
4. Penyempitan pembuluh darah
5. Suka tidur
6. Lemah dan lelah

2.1.5. Patofisiologi

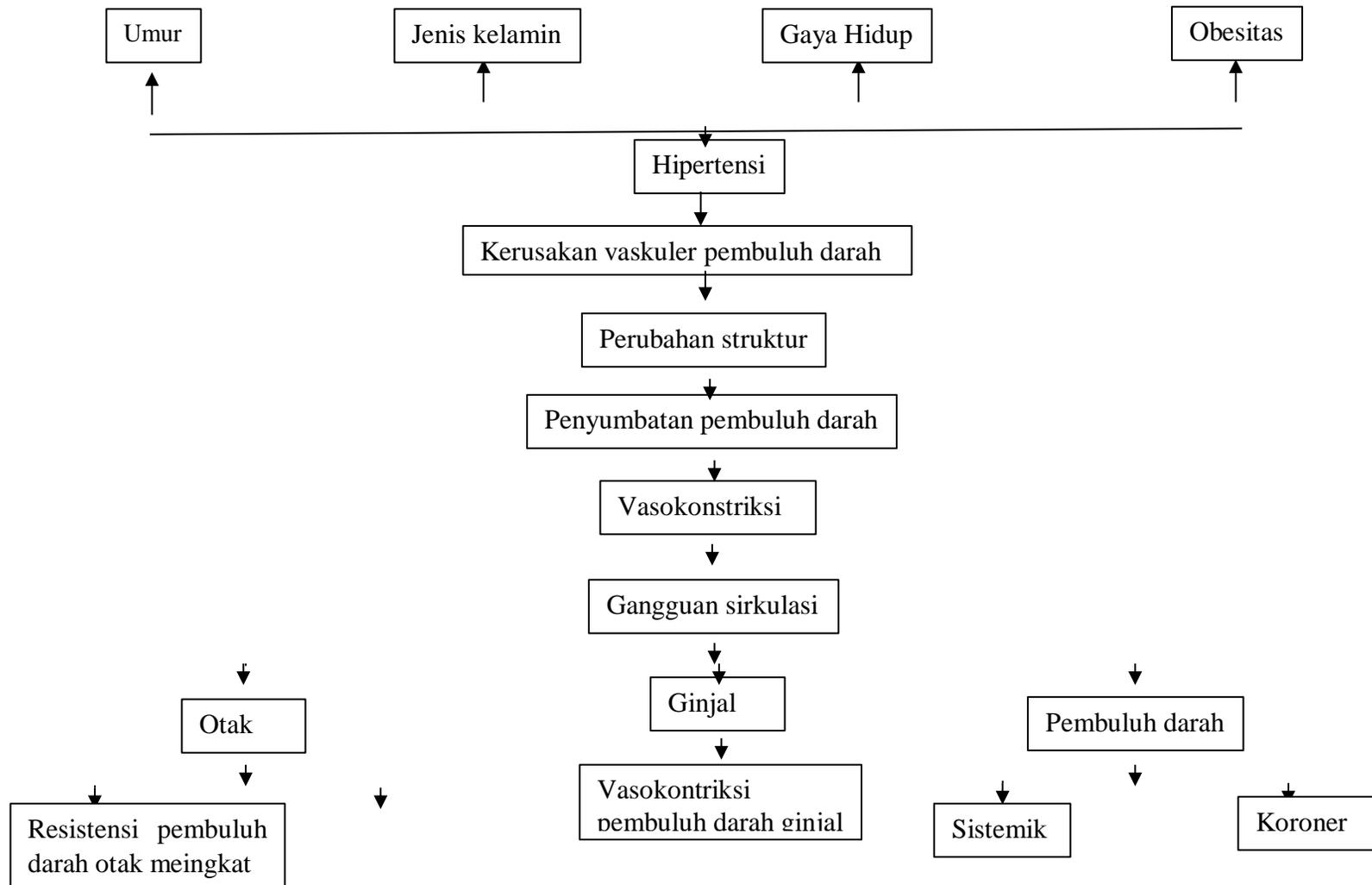
Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut kebawah korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitiv terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

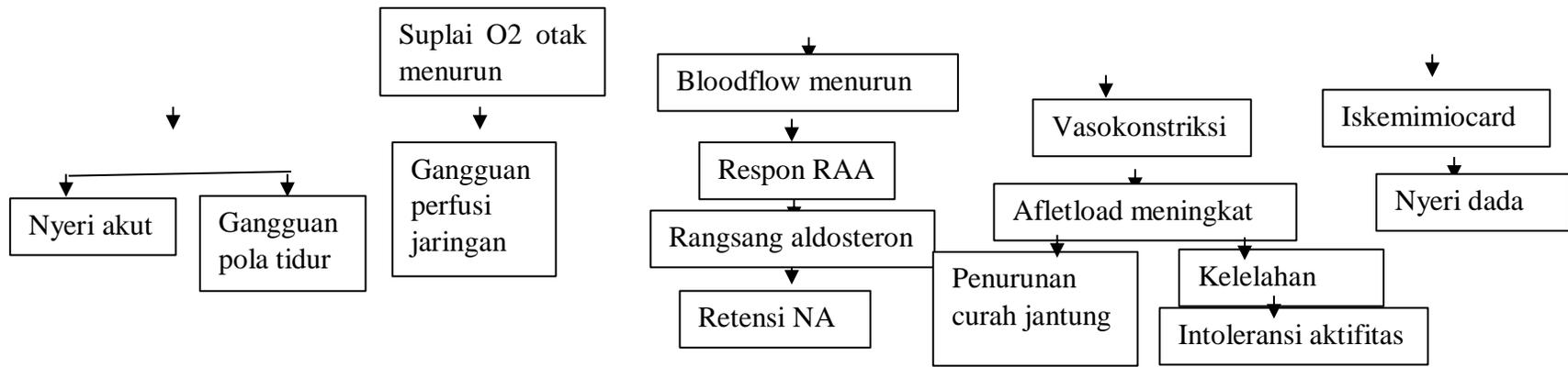
Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriktor yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh

korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Pendriot Dingko, 2020).

2.1.6. Pathway (Referensi: Ardy, J. (2020) ‘patofisiologi hipertensi’, *journal academia*.)

Gambar 2.1. Patwhay Hipertensi





Ada empat faktor penyebab hipertensi yaitu umur, jenis kelamin, gaya hidup dan obesitas. Dari empat faktor penyebab ini maka terjadi hipertensi. Dari terjadinya hipertensi maka ada kerusakan vaskuler pembuluh darah sehingga terjadi perubahan struktur sehingga ada penyumbatan di pembuluh darah. Penyumbatan di pembuluh darah terjadi vasokonstriksi (pengecilan lumen pembuluh darah) sehingga terjadi gangguan sirkulasi. Gangguan sirkulasi di otak adanya resistensi pembuluh darah otak meningkat dan suplai O_2 menurun sehingga terjadi sinkrop (pingsan) maka terjadi gangguan perfusi jaringan. Dari resistensi pembuluh darah otak meningkat terjadi nyeri sehingga diangkat masalah keperawatan nyeri akut dan gangguan pola tidur.

Gangguan sirkulasi di ginjal maka terjadi vasokonstriksi pembuluh darah ginjal yang membuat bloodflow menurun sehingga terjadi respon RAA dan terjadi rangsangan pada aldosterone sehingga terjadi retensi Na maka mengakibatkan edema. Gangguan sirkulasi di pembuluh darah dibagi menjadi dua yaitu sistemik dan koroner. Dari sistemik ini terjadi vasokonstriksi sehingga afletload meningkat maka terjadi penurunan curah jantung dan kelelahan sehingga mengakibatkan intoleransi aktivitas. Dari koroner terjadi iskemimiodcard sehingga terjadi nyeri dada.

2.1.7. Pencegahan

1. Tidak merokok karena nikotin dalam rokok dapat mengakibatkan jantung berdenyut lebih cepat dan menyempitkan pembuluh darah kecil

yang menyebabkan jantung terpaksa memompa lebih kuat untuk memenuhi keperluan tubuh kita.

2. Kurangi konsumsi garam karena garam berlebih dalam darah dapat menyebabkan lebih banyak air yang disimpan dan ini mengakibatkan tekanan darah tinggi.
3. Kurangi lemak, lemak yang berlebih akan terkumpul di sekeliling pembuluh darah dan menjadikannya tebal dan kaku.
4. Pertahankan berat badan ideal
5. Olahraga secara teratur
6. Hindari konsumsi alkohol
7. Konsumsi makanan sehat, rendah lemak, kaya vitamin dan mineral alami.

2.1.8. Komplikasi

Menurut Trianto, 2014, komplikasi hipertensi adalah (Pendriat Dingko, 2020):

1. Penyakit jantung

Komplikasi berupa infark miokard, dan gagal jantung.

2. Ginjal

Terjadinya gagal ginjal dikarenakan kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Rusaknya glomerulus, darah akan mengalir ke unit-unit fungsional ginjal dan nefron akan terganggu sehingga menjadi hipoksik dan kematian.

Rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema.

3. Kerusakan pembuluh darah

Jika hipertensi tidak terkontrol, dapat terjadi kerusakan dan penyempitan arteria tau yang sering disebut dengan aterosklerosis dan arteroklerosis (pergeseran pembuluh darah).

2.2. Konsep Keluarga

2.2.1. Pengertian Keluarga

Keluarga menurut UU No. Tahun 2009 adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari ibu, ayah dan anak. Keluarga merupakan sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, emosional serta mental dari tiap anggota keluarga.

2.2.2. Bentuk Keluarga

1. Keluarga inti, yaitu keluarga yang terdiri dari ibu, ayah dan anak
2. Keluarga Dyad, merupakan suatu rumah tangga yang terdiri atas suami istri tanpa anak. Keluarga ini mungkin belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak.
3. Single Parent, keluarga yang hanya terdiri atas satu orang tua dengan anak. Keluarga ini mungkin dapat disebabkan perceraian atau kematian.

4. Single adult, suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seseorang dewasa tidak menikah atau tidak mempunyai suami.
5. Extended family, merupakan keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain.

2.2.3. Fungsi Keluarga

Ada lima fungsi keluarga, Menurut Friedman (2013):

1. Fungsi afektif
Fungsi ini meliputi persepsi keluarga bagaimana pemenuhan kebutuhan psikososial pada anggota keluarga. Melalui fungsi ini, maka keluarga akan mendapat tercapainya tujuan psikososial yang utama membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga.
2. Fungsi reproduksi
Keluarga juga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
3. Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial
Sosialisasi dimulai saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi adalah suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara lanjut mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang dialami.

4. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan keluarga juga tempat untuk mengembangkan kemampuan anggota keluarga untuk meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi kesehatan yang memengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individu merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan (Ketut Gama, Komang Suardana, 2019)

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenali masalah kesehatan yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi, keluarga beranggapan bahwa penyakit hipertensi adalah yang biasa terjadi seiringnya bertambah usia.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan serta dalam mengambil tindakan yang tepat tentang hipertensi. Ketidakmampuan keluarga dalam memecahkan masalah karena kurangnya pengetahuan dan sumber daya keluarga.
- c. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit berhubungan tidak tidak mengetahui keadaan penyakit hipertensi

- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menjaga kebersihan lingkungan rumah.
- e. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga pentingnya kesehatan bagi keluarga.

2.2.4. Peran Perawat Keluarga

Terdapat tujuh peran perawat keluarga:

1. Sebagai pendidik

Perawat juga bertanggung jawab untuk memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga.

2. Sebagai koordinator pelaksana pelayanan kesehatan

Perawat mempunyai tanggung jawab dalam memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang bersinambungan diberikan untuk menghindari kesenjangan antara keluarga dengan pelayanan kesehatan.

3. Sebagai pelaksana pelayanan keperawatan

Pelayanan keperawatan dapat diberikan kepada keluarga melalui kontak pertama dengan anggota keluarga yang sakit yang memiliki masalah kesehatan.

4. Sebagai supervisi pelayanan keperawatan

Perawat melakukan supervisi kepada keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur, baik kepada keluarga yang berisiko tinggi hipertensi maupun yang tidak. Kunjungan rumah yang bertujuan untuk mengetahui apakah keluarga menerapkan asuhan keperawatan pada keluarga yang diberikan oleh perawat.

5. Sebagai pembela (advokat)

Perawat sebagai advokat untuk melindungi hak-hak keluarga pasien. Perawat juga diharapkan mampu mengetahui harapan secara modifikasi sistem perawat yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan keluarga.

6. Sebagai fasilitator

Perawat menjadi tempat bertanya individu, keluarga dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan.

7. Sebagai peneliti

Perawat melatih keluarga dapat memahami masalah masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga.

2.2.5. Tipologi Diagnosa Keluarga

1. Nyeri akut berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Tabel 2.1 Skala Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah		
	a. Actual	3	1
	b. Resiko	2	
	c. Sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	a. Tinggi		
	b. Sedang	2	2
	c. Rendah	1	
		0	
3	Potensi untuk dicegah		
	a. Mudah	3	1
	b. Cukup	2	
	c. tidak dapat	1	
4	Menonjolnya masalah		
	a. Masalah dirasakan dan perlu segera ditangani	2	1
	b. Masalah dirasakan	1	
	c. Masalah tidak dirasakan	0	

Keterangan: Total skor: $\frac{\text{Skor (total nilai kriteria)} \times \text{bobot}}{\text{Angka tertinggi dalam skor}}$

Cara melakukan skoring adalah:

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

3. Jumlah skor untuk semua kriteria
4. Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga.

2.3. Konsep Nyeri

2.3.1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan sensasi sensori dari pengalaman subjektif yang dialami setiap individu dan berbeda persepsi antara satu orang dengan yang lain dapat menyebabkan perasaan tidak nyaman. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Nyeri diartikan berbeda-beda antar individu, bergantung pada persepsinya. Walaupun demikian, ada satu kesamaan mengenai persepsi nyeri. Secara sederhana, nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain (Perry & Potter, 2009).

2.3.2. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua, adalah:

1. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung selama 3 bulan.

2. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah nyeri konstan yang menetap sepanjang waktu. Nyeri kronis berlangsung lama intensitas yang bervariasi biasanya bisa berlangsung lebih dari 6 bulan.

2.3.3. Pengukuran Skala Nyeri

Skala nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan individu pengukuran skala nyeri sangat subjektif dan personal, kemungkinan nyeri dan skala nyeri yang sama dirasakan sangat berbeda setiap individu.

Tabel 2.2 Pengukuran Skala Nyeri

Skala nyeri	Keterangan (kriteria nyeri)
0 (Tidak Nyeri)	Tidak ada keluhan nyeri
1-3 (Nyeri Ringan)	Tetap bisa ditahan, masih dapat melakukan kegiatan.
4-6 (Nyeri Sedang)	Sebagian aktivitas dapat terganggu, merasa kesakitan
7-9 (Nyeri Berat)	Tidak ada nafsu makan, mual, badan lemas, tidak kuat beraktivitas, meringis
10 (Nyeri Sangat Berat)	Tidak mau makan, mual, muntah, sakit kepala, badan tidak ada tenaga, tidak bisa berdiri, atau bangun dari tempat tidur, tidak dapat beraktivitas, menjerit, terkadang sampai pinsang,

2.3.4. Penatalaksanaan

Sifat nyeri dapat mempengaruhi individu menentukan pilihan terapi atau manajemen. Dengan seorang perawat membantu meredakan nyeri dengan memberikan pereda nyeri melalui pendekatan atau manajemen farmakologi dan nonfarmakologi.

1. Penatalaksanaan farmakologi
 - a. Analgesik nonnarkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang.
 - b. Analgesik narkotik umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat.
2. Penatalaksanaan nonfarmakologi
 - a. Bimbingan antisipasi

Bimbingan ini memberkan pemahaman pada pasien mengenai nyeri yang dirasakan dan bertujuan untuk memberikan informasi kepada pasien dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri.
 - b. Terapi kompres dingin atau panas

Pemakaian kompres dingin dapat menurunkan prostaliding yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri. untuk kompres panas biasanya dilakukan dibagian tubuh tertentu. dengan pemberian panas pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah didalam jaringan.
 - c. Distraksi

Memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri dapat diartikan suatu tindakan pengalihan pasien ke hal-hal luar nyeri, diharapkan pasien tidak terfokuskan ke nyeri.

3. Relaksasi

Suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik ketegangan dan stres hingga meningkatkan toleransi terhadap nyeri teknik relaksasi sederhana adalah tarik nafas dalam dengan frekuensi lambat.

2.4. Nyeri pada Pasien Hipertensi

2.4.1. Pengertian

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 adalah distraksi atau pengalihan perhatian (Hartanti, 2016) Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologi lainnya, tidak membutuhkan waktu yang lama untuk terapi, dan dapat mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologi bagi penderita hipertensi.

2.4.2. Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, meningkatkan kinerja otot, menghilangkan ansietas, melambatkan frekuensi pernapasan (Brunner & Suddart, 2013).

2.4.3. Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Beberapa manfaat teknik relaksasi nafas dalam sebagai berikut:

1. Ketentraman hati
2. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
3. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah
4. Detak jantung lebih rendah
5. Mengurangi tekanan darah
6. Kesehatan mental menjadi lebih baik

2.4.4. Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Peneurunan 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).

2.4.5. Prosedur Tindakan Terapi Relaksasi Nafas Dalam

Langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam menurut Wardani, 2015:

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang

3. Anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh selama 4 detik
4. Anjurkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan. Caranya: Tarik nafas melalui hidung secara perlahan kemudian hembuskan lewat mulut.
5. Anjurkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan
6. Demonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik
7. Monitor respon pasien selama prosedur dilakukan. Apakah pasien merasa nyaman dan lega setelah melakukan tindakan tersebut.
8. Anjurkan mengulangi prosedur hingga benar-benar rileks
9. Ulangi selama 15 menit, dan selingi istirahat singkat setiap 5 kali pernafasan.

2.5. Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. semua data-data dikumpulkan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan klien saat ini pengkajian harus dilakukan secara komprehensif atau menyeluruh terkait dengan aspek biologis psikologis, sosial, maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar

klien. Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik (Asmandi, 2008).

1. Identitas klien

- a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnose medik.

- b. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

2. Keluhan utama

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

3. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama.

4. 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.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji di dalam keluarga adanya riwayat penyakit hipertensi.

2.5.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai ijin dan berkompeten untuk mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan profesional lain, yang semuanya dikumpulkan selama pengkajian sehingga perawat dapat mengetahui diagnosa penyakit yang dialami oleh klien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (proses penyakit)
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan nyeri
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan manajemen nyeri

2.5.3. Intervensi

Intervensi adalah suatu proses perencanaan keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi, dalam teori perencanaan kegiatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia(SIKI) dan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI).

Tabel 2.3. Intervensi Keperawatan

No. Dx	Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	(D. 0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Tarapeutik: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Edukasi: 1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
2	(D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan manajemen nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan tingkat pengetahuan meningka dengan kriteria hasil sebagai berikut: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	Edukasi kesehatan: Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

2.5.4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi.

2.5.5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi.