**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Konsep Dasar Penyakit**
2. **Definisi**

Hipertensi yang juga dikenal sebagai tekanan darah tinggi arteri, merupakan kondisi medis kronis di mana tekanan darah dalam arteri mengalami peningkatan. Kenaikan tekanan ini membuat jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa darah ke seluruh tubuh melalui pembuluh darah. Tekanan darah diukur berdasarkan berdasarkan dua nilai, yaitu sistolik dan diastolik, yang mencerminkan kondisi saat otot jantung berkontraksi dan saat berelaksasi di antara detakan jantung. Tekanan darah normal saat tubuh dalam keadaan istirahat berkisar 100-140 mmHg untuk sistolik dan 60-90 mmHg untuk diastolik. seseorang dikatakan mengalami tekanan darah tinggi jika tekanan darahnya secara konsisten berada pada angka 140/90 mmHg atau lebih. (Purnamasari, 2024).

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat utama di dunia dan merupakan faktor risiko paling umum terhadap penyakit kardiovaskular, yang hingga kini belum sepenuhnya terkontrol secara global. Meski demikian, kondisi ini sebenarnya dapat di cegah dan diobati secara efektif guna menurunkan risiko terjadinya stroke dan serangan jantung. Tekanan darah sendiri adalah gaya yang digunakan oleh darah untuk mengalir dan mendistribusikan oksigen serta nutrisi ke seluruh tubuh. Hipertensi terjadi ketika tekanan darah melebihi batas normal, yaitu jika tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan/atau diastolik lebh dari 90 mmHg berdasarkan pengukuran berulang. Kondisi ini, yang juga dikenal sebagai tekanan darah tinggi, disebabkan oleh terganggunya fungsi pembuluh darah yang menghambat aliran darah pembawa oksigen dan zat gizi menuju jaringan tubuh. (Firdausi, 2020b)

1. **Etiologi**

Menurut (Nisa, 2023), Hipertensi tidak memiliki etiologi dengan spesifik. Hipertensi muncul sebagai respons terhadap peningkatan curah jantung dan tekanan perifer. Namun, ada sejumlah faktor yang secara khusu berperan dalam perkembangan kondisi ini, seperti kebiasaan merokok, konsumsi garam berlebihan, pola hidup yang tidak sehat, pola makan yang tidak teratur, kurang aktivitas fisik, usia lanjut, kelebihan berat badan, konsumsi alkohol, serta faktor keturunan. Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibedakan menjadi dua jenis, yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder, sebagai berikut:

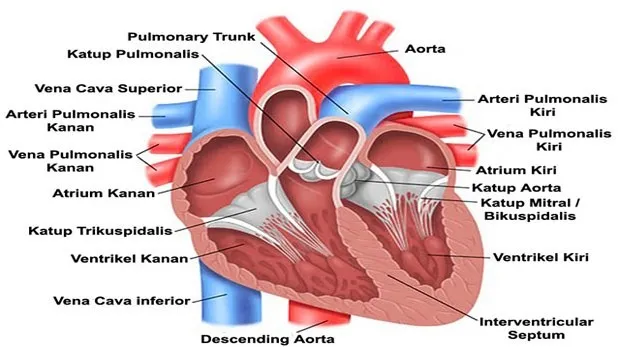
1. Hipertensi primer (Esensial)

Hipertensi primer adalah kondisi di mana tekanan darah meningkat melebihi batas normal tanpa penyebab yang jelas. Sekitar 90% kasus hipertensi termasuk dalam kategori ini. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap hipertensi primer meliputi faktor genetik atau keturunan, pertambahan usia (tekanan darah cenderung meningkat seiring bertambahnya usia), jenis kelamin (pria lebih beresiko mengalami hipertensi dibanding wanita), serta ras (individu berkulit hitam memiliki kerentanan lebih tinggi terhadap hipertensi). Selain itu, faktor gaya hidup seperti stress, kelebihan berat badan, konsumsi garam berlebihan, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, dan penggunaan obat-obatan tertentu juga turut memengaruhi timbulnya hipertensi.

1. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah kondisi peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh faktor atau penyakit yang sudah diketahui, sehingga lebih mudah dikendalikan dengan pengobatan. Kasus hipertensi jenis ini hanya mencakupsekitar 5-8% dari seluruh kasus hipertensi. Beberapa penyebab hipertensi sekunder antara lain penyakit diabetes mellitus, gangguan pada ginjal, penyaki jantung, penggunaan alat kontrasepsi, serta kondisi medis lainnya.

1. **Anatomi dan Fisiologi Jantung (Hasanudin Sirait, 2021)**



Gambat 2.1 Anantomi jantung Manusia (Hasanuddin Sirait, 2021)

1. Jantung

System kardiovaskular terdiri dari jantung, pembulu darah (arteri, vena dan kapiler), serta system limfatik. Fungsi utama dari system ini adalah mengedarkan darah yang kaya oksigen ke seluruh tubuh dan mengalirkan darah dari jaringan tubuh menuju paru-paru untuk proses oksigenasi. Jantung merupakan organ utama dalam sistem kardiovaskular, berbentuk otot berongga yang terletak di rongga dada, tepatnya di bagian mediastinum. Bentuknya merupai kerucut tumpul, dengan bagian bawah yang disebut apeks mengarah ke kiri sekitar 9 cm dari garis medioklavikular kiri, sementara bagian atasnya berada di sisi lateral tulang dada (sternum). Jantung memiliki panjang sekitar 12 cm, lebar 8-9 cm, dan tebal 6 cm, dengan berat berkisar antar 200 hingga 425 gram (Aspiana, 2017). Organ ini merupakan otot yang terdiri dari dua atrium dan dua ventrikel. Jantung dilindungi olhe kantung perikardium yang terdiri atas dua lapisan, yaitu :

1. Lapisan Pericardium : a) Lapisan visceral ( sisi dalam), b) lapisan perictalis ( sisi luar)
2. Dinding jantung

Dinding jantung mempunyai tiga lapisan, yaitu:

1. Epicardium merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan pericardium visceral.
2. Miokardium merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
3. Endocardium merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endorel yang melapisi bagian dalam jantung dari menutup katup jantung.
4. Jantung mempunyai empat katub, yaitu : a) Trikuspidalis, b) Mitralis (katub AV), c) Pulmonalis (katup semilunaris), d) Aorta (katup semilunaris)
5. Jantung memiliki 4 ruang, yaitu atrium kanan, atrium kiri dan vertikel kanan. Atrium terletak diatas vertikel dan saling berdampingan. Atrium dan vertikel dipisahkan oleh katup satu arah. Antara rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum, Bilik jantung ada 4 yaitu :
6. Atrium dextra

Atrium kanan (dextra) yang memiliki dinding tipis berperan sebagai tempat penampungan darah serta sebagai saluran yang mengalirkan darah dari vena-vena sistemik menuju ventrikel kanan, lalu diteruskan ke paru-paru. Darah dari pembuluh darah vena ini masuk ke atrium kanan melalui vena kava superior, vena kava inferior, dan sinus koronarius.

1. Ventrikel dextra

Saat ventrikel berkontraksi, masing-masing ventrikel harus menghasilkan tenaga yang cukup kuat untuk memompa darah yang di terima dari atrium ke dalam sirkulasi pulmonal atau sistemik. Ventrikel kanan memiliki bentuk seperti bulan sabit, yang di rancang untuk menghasilakn kontraksi dengan tekanan rendah namun cukup kuat untuk mengalirkan darah ke arteri pulmonalis.

1. Atrium sinistra

Atrium kiri (sinistra) berfungsi menerima darah yang telah teroksigenasi dengan paru-paru melalui vena pulmonalis. Tidak terdapat katup antara vena pulmonalis dan atrium kiri, sehingga darah dapat mengalir langsung ke atrium. Sementara itu, ventrikel kanan memiliki bentuk khas menyerupai bulan sabit, yang memungkinkan terjadinya kontraksi bertekanan rendah namun cukup kuat untuk mendorong darah masuk ke arteri pulmonalis.

1. Ventrikel sinistra

Ventrikel kiri (sinistra) perlu menghasilakn tenaga yang cukup besar untuk mengatasi resistensi dalam sirkulasi sistemik dan memastikan aliran darah tetap lancer menuju jaringan-jaringan perifer.

1. Katup-katup

Keempat katup jantung terdiri dari struktur berbentuk cuping yang berfungsi menjaga kelancaran aliran darah diantara ruang-ruang jantung, katup-katup ini akan terbuka dan tertutup sebagai respons terhadap perubahan tekanan dan volume darah di bilik jantung. Katup jantung terbagi menjadi dua jenis utama, yaitu katup atrioventrikular (AV) yang memisahkan atrium dan ventrikel, serta katup semilunaris yang memisahkan arteri pulmonalis dan aorta.

1. Arteri koroner

Arteri koroner berasal dari bagian bawah aorta di sisi kanan, dekat dengan katup aorta. Sistem arteri koroner berfungsi untuk menyuplai darah ke otot jantung (miokardium). Terdapat dua arteri koroner utama, yaitu arteri koroner kiri dan kanan. Arteri koroner kiri menyuplai darah ke sisi kiri jantung dan bercabang menjadi dua bagian, yaitu left anterior descending (LAD) atau cabang anterior menurun, dan arteri sirkumfleksa. Sementara itu, arteri koroner kanan (RCA) berperan dalam mengalirkan darah ke sisi kanan jantung.

1. Siklus jantung

Sirkulasi jantung merupakan rangkaian peristiwa yang berlangsung di jantung, dimulai dari asal satu denyut jantung hingga akhir denyut berikutnya. Sirkulasi ini terdiri dari dua fase utama, yaitu diastol dan sistol. Pada fase diastol, bilik-bilik jantung mengalami relaksasi dan terisi darah, sedangkan pada fase sistol terjadi kontraksi yang menyebabkan darah dipompa keluar dari jantung

1. Sirkulasi sistemik

Karakteristik structural dari masing-masing bagian sistem sirkulasi sistemik menentukan fungsi fisiologisnya dalam keseluruhan kerja sistem kardiovaskular. Dinding pembuluh darah terdiri atas tiga lapisan, yaitu lapisan terluar di sebut tunika adventisia, lapisan tengah yang mengandung otot di sebut tunika media, dan lapisan terdalam yang terdiri atas endotel di sebut tunika intima. Berdasarkan anatomi dan fungsinya, sirkulasi sistemik dapat diklasifikasikan menjadi lima komponen utama yaitu : arteri, arteriola, kapiler, venula dan vena.

1. Sirkulasi pulmonary

Pembuluh darah pulmonal memiliki dinding yang lebih tipis dan mengandung lebih sedikit otot polos dibandingkan pembuluh sistemik, sehingga sirkulasi pulmonal lebih mudah melebar dan memiliki resistensi yang lebih rendah terhadap aliran darah. Tekanan dalam sirkulasi pulmonal umumnya hanya sekitar seperlima dari tekanan yang terdapat dalam sirkulasi sistemik.

1. Sirkulasi coroner

Kemampuan jantung dalam memompa darah secara efisien sangat bergantung pada kecukupan nutrisi dan suplai oksigen ke otot jantung. Sirkulasi koroner mencakup seluruh permukaan jantung dan berfungsi mengantarkan oksigen serta nutrisi ke miokardium melalui cabang-cabang pembuluh darah kecil. (Aspiana, 2017)

1. **Patofisiologi**

Hipertensi dapat dipicu oleh berbagai faktor risiko, seperti umur, jenis kelamin, gaya hidup, dan obesitas. Faktor-faktor ini menyebabkan peningkatan tekanan darah yang berkelanjutan. Tekanan darah yang tinggi dalam jangka waktu lama akan menyebabkan kerusakan vaskuler pada pembuluh darah, yang selanjutnya mengarah pada perubahan struktur pembuluh darah. Kerusakan struktur pembuluh darah dapat menyebabkan penyumbatan aliran darah dan vasokonstriksi, yang kemudian mengganggu sirkulasi darah. Gangguan ini berdampak pada suplai oksigen (O₂) ke otak dan sistemik secara keseluruhan. Pada otak, gangguan sirkulasi menyebabkan penurunan suplai oksigen, yang dapat memicu resistensi pembuluh darah otak. Hal ini mengakibatkan gejala seperti nyeri akut dan gangguan pola tidur. Selain itu, penurunan suplai oksigen dapat menyebabkan gejala seperti dispnea (sesak napas) dan takipnea (napas cepat), serta meningkatkan risiko perfusi perifer yang tidak efektif. Di sisi lain, gangguan sirkulasi juga berdampak pada sistemik, di mana vasokonstriksi menyebabkan peningkatan afterload (beban akhir jantung). Hal ini berkontribusi terhadap peningkatan resistensi pembuluh darah dan risiko penurunan curah jantung, yang selanjutnya dapat memperburuk kondisi hipertensi dan komplikasi lainnya. Secara keseluruhan, proses ini menunjukkan bagaimana hipertensi dapat menyebabkan gangguan pada berbagai sistem tubuh, terutama sistem kardiovaskular dan saraf, yang jika tidak ditangani dengan baik dapat berujung pada komplikasi serius seperti stroke dan gagal jantung.

1. ***Pathway***

**Gangguan Pola Tidur**

**Nyeri Akut**

**Resiko Penurunan Curah Jantung**

Afterload Meningkat

Kebutuhuan O2 ke jaringan tidak terpenuhi

Vaskonstriksi

Resistensi Pembluh Darah Otak meningkat

Dyspnea, Takipnea

Sistemik

Suplai O2 Ke Otak Menurun

Pembuluh Darah

Otak

Gangguan sirkulasi

Vasokonstriksi

Penyumbatan Pembuluh darah

Perubahan Struktur

Kerusakan Vaskuler pembuluh darah

Hipertensi

Obesitas

Gaya Hidup

Jenis Kelamin

Umur

**Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif**

2.1 Pathway Hipertensi (Asiva Noor Rachmayani, 2015)

1. **Manifestasi Klinis**

Menurut (Yolangga, 2023) tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

* 1. Tanpa gejala

Hipertensi seringkali tidak menunjukkan tanda-tanda khusus yang secara langsung berkaitan dengan peningkatan tekanan darah, kecuali melalui pemeriksaan tekanan arteri oleh tenaga medis. Artinya, hipertensi tidak akan terdeteksi apabila tekanan darah tidak diperiksa secara rutin.

* 1. Gejala umum

Beberapa keluhan yang sering diasosiasikan dengan hipertensi antara lain sakit kepala dan merasa lelah. Meskipun begitu, gejala-gejala ini juga umum ditemukan pada banyak pasien yang dating mencari perawatan medis. Beberapa penderita hipertensi mungkin mengalami: 1) sakit kepala, 2) pusing, 3) lemah, 4) lelah, 5) sesak napas, 6) kegelisahan, 7) mual, 8) muntah, 9) mimisan (epistaksis), dan 10) penurunan kesadaran.

1. **Kompikasi**

Komplikasi yang diakibatkan oleh hipertensi menurut (Febri, 2022) adalah sebagai berikut :

1. Serangan jantung

Tekanan darah yang tinggi dapa merusak arteri, menyebabkan penyumbatan dang gangguan kemampuan jantung delam memompa darah secara efisiensi ke seluruh tubuh.

1. Stroke

Hipertensi dapat menyebabkan penumbatan pembuluh darah di otak atau bahkan membuatnya pecah, yang berujung pada terjadinya stroke.

1. Gagal jantung

Tekanan darah yang terus meningkat memaksa jantung bekerja lebih keras untuk melawan tekanan tersebut. Hal ini bisa menyebabkan pembesaran jantung dan ketidakmampuannya dalam memenuhi kebutuhan darah tubuh, yang berakhir pada gagal jantung,

1. Penyakit atau gagal ginjal

Hipertensi bisa merusak arteri yang berperan penting dalam fungsi ginjal. Kerusakan ini menggangu proses penyaringan darah, yang berpotensi menyebabkan gangguan ginjal atau gagal ginjal.

1. Gangguan penglihatan

Tekanan darah tinggi dapat merusak pembuluh darah retina mata, yang memicu penebalan, penyempitan pembuluh, dan berkurangnya aliran darah ke retina, sehingga memengaruhi penglihatan.

1. Disfungsi seksual

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan robeknya pembuluh darah dan pengerasan arteri (aterosklerosis), yang menghambat aliran darah. Aliran darah yang terbatas ke penis dapat menyebabkan kesulitan ereksi pada pria, sementara pada wanita dapat menurunkan libido.

1. Penyakit arteri perifer (PAD)

Aterosklerosis akibat hipertensi bisa menyebabkan penyempitan arteri di area kaki, lengan, perut dan kepala, yang menimbulkan rasa nyeri atau kelelahan pada bagian tubuh tersebut.

1. **Penatalaksanaan**

Menurut (Febri, 2022), tujuan dari penatalaksanaan medis pada pasien dengan hipertensi adalah untuk mencegah mencegah timbulnya mordibitas dan mortalitas yang menyertainya, dengan cara mencapai serta mempertahankan tekanan darah pada kisaran awal 140/90 mmHg. Keberhasilan suatu program terapi dipengaruhi oleh tingkat keparahan hipertensi, adanya komplikasi, biaya pengobatan, serta kualitas hidup pasien yang terkait dengan pengobatan yang diberikan.

1. Terapi Nonfarmakologi

Beberapa penelitian menunjukan pendekatan nonfarmakologis yang dapat membantu menurunkan tekanan darah tinggi meliputi:

1. Penerapan berbagai teknik pengelolaan stress,
2. Mengurangi berat badan
3. Membatasi konsumsi alkohol, garam (natrium), dan penggunaan tembakau,
4. Melakukan olahraga atau aktivitas fisik secara teratur (yang dapat meningkatkan kadar HDL atau kolestrol baik),
5. Melakukan relaksasi sebagai bagian penting dari setiap terapi hipertensi,
6. Pemberian obat perlu dipertimbangkan pada pasien dengan hipertensi ringan yang memiliki risiku tinggi (seperti laki-laki atau perokok), atau bila tekanan diastolik tetap berada di atas 85-95 mmHg dan tekanan sistolik melebihi 130-139 mmHg.
7. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi yang di gunakan untuk terapi anti hipertensi dapat diklasifikasikan menjadi lima kategori:

1. Diuretik yang sering di resepkan untuk mengobati hipertensi adalah hidroklorotiazid
2. Simpatolik bertujuan sebagai penghambat (adrenergeik bekerja disentral simpatolotik), penghambat adrenergikalfa, beta, dan penghambat neuron adrenergeik. Reserpinedan guanetidine dipakai untuk mengendalikan hipertensi berat.
3. Vasodilator arterior yang bekerja langsung. Obat golongan ini termasuk dalam lini ketiga terapi dan befungsi dengan cara melemaskan otot polos pada dinding pembuluh darah, sehingga menghasilkan efek pelebaran pembuluh darah (vasodilatasi).
4. Antagonis angiotensin (ACE Inhibitor) obat dalam golongan ini bertujuan menghambat enzim angiotensin, yang bertujuan menghambat pembentukan angiotensin II dan aldesteron. Kaptopril, enalapril, lisinopril adalah ketiga antagonis angiotensin.
5. Penghambat saluran kalsium (Febri, 2022)
6. **Pencegahan**

Cara mencegah terjadinya Hipertensi menurut Nahda Syaidah Marthabatsar, (2021) adalah sebagai berikut : a) aktivitas fisik (olahraga), b) menurunkan berat badan, c) mengurangi konsumsi makanan mengandung natrium, d) mengkonsumsi makanan dan minuman yang sehat mengatur pola hidup sehat

1. **Konsep Pijat Punggung**
   * + 1. **Definisi**

Menurut (Firdausi, 2020) merupakan teknik intergrasi sensorik yang berpengaruh terhadap aktivitas sistem saraf otonom. Ketika sentuhan dipersepsikan oleh individu sebagai rangsangan menenangkan, maka akan timbul respon berupa relaksasi. Proses relaksasi ini sangat penting dalam membantu klien meningkatkan rasa nyaman, serta mengurangi ketegangan, rasa takut, dan stress yang di timbulkan oleh penyakit maupun nyeri yang berkepanjangan. Pijat juga dapat diartikan sebagai serangkaian manipulasi tertentu pada jaringan lunak tubuh, yang dilakukan secara sistematis menggunakan tangan, dengan tujuan memengaruhi sisten otot, sistem saraf, serta memperbaiki airkulasi darah dan getah bening secara lokal.

* + - 1. **Tujuan Pijat Punggung**

Tujuan dari massage punggung ini adalah untuk melancarkan aliran energi dalam tubuh, sehingga gangguan akibat hipertensi dan komplikasinya dapat dikurangi. Hal ini dapat dicapai ketika seluruh jalur energi terbuka dan alirannya tidak terhambat oleh ketegangan otot atau hambatan lainnya.

* + - 1. **Jenis-Jenis Pijat Punggung**

Dalam perkembangan pijatan (Massage) dapat dibedakan menjadi beberapa macam diantaranya:

Sport massage adalah massase yang khusus diberikan kepada orang yang sehat badannya, terutama olahragawan karena pelaksanaanya memerlukan terbukanya hampir seluruh tubuh

Segment massage adalah masasse yang ditujukan untuk membantu penyembuhan terhadap gangguan atau kelainan-kelainan fisik yang disebabkan oleh penyakit tertentu. Ada beberapa macam segment salah satunya adalah terapi massase

Cosmetic massage adalah massase yang khusus ditujukan untuk memelihara serta meningkatkan kecantikan muka serta keindahan tubuh beserta bagian-bagianya

* + - 1. **Prosedur pelaksanaan pijat punggung**

Menurut (Fabiana Meijon Fadul, 2019) prosedur pijat punggung sebagai berikut :

Identifikasi faktor – faktor atau kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau vertebrata, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka yang menjadi kontraindikasi untuk gosokan punggung.

Pada klien yang mempunyai riwayat hipertensi atau disritmia, kaji denyut nadi dan tekanan darah

Jelaskan prosedur dan posisi yang diinginkan klien

Persiapkan peralatan dan bahan yang diperlukan

Buka punggung, bahu dan lengan atas responden lalu tutup sisanya dengan selimut

Mencuci tangan terlebih dahulu dengan menggunakan sabun dan air mengalir. Tuang sedikit olive oil. Jelaskan pada responden bahwa prosedur pijat punggung akan dilakukan

Letakkan tangan pertama pada daerah sakrum atau sekitar tulang belakang, pijat dalam gerakan melingkar. Usapkan ke atas dari daerah sakrum ke bahu. Pijat diatas scapula dengan gerakan lembut dan tegas. Lanjutkan dalam satu usapan lembut ke lengan atas secara lateral sepanjang sisi punggung dan kembali ke bawah puncak iliaka. Jangan sampai tangan terangkat dari kulit klien. Lanjutkan pola pijat selama 3 menit

Remas kulit dengan mengambil jaringan diantara ibu jari tangan. Remas keatas sepanjang satu sisi spina di daerah sacrum ke bahu dan sekitar bawah leher. Remas atau usap kebawah arah sacrum. Ulangi sepanjang sisi punggung yang lain.

Akhiri usapan dengan gerakan memanjang kiri dan kekanan dan beritahu klien bahwa pemberi intervensi mengakhiri usapannya.

Bersihkan bekas minyak dipunggung klien dengan handuk mandi, dan bantu lansia memakai bajunya kembali.

Bantu klien ke posisi yang nyaman

Letakkan handuk kotor pada tempatnya

Kaji kembali denyut nadi dan tekanan darah pada klien

Catat respon terhadap pijat punggung dan kondisi kulit

1. **Konsep Asuhan Keperawatan**
2. **Pengkajian**
3. **Biodata Klien**

Biodata klien terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, Pendidikan, pekerjaan, diagnose medis, tanggal masuk rumah sakit (MRS), tanggal pengkajian (jam), nomor register (jam) dan sumber informasi.

1. **Riwayat Kesehatan**
2. Keluhan Utama

Keluhan yang paling dirasa mengganggu saat dikaji

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Kronologis mulai sakit – MRS – tindakan apa yang sudah diupayakan / dilakukan sebelum MRS sampai saat di rumah sakit – kondisi saat pengkajian

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit yang pernah atau masih dirasakan, khususnya yang ada hubungannya dengan penyakit / keluhan yang dirasakan sekarang. Kapan, bagaimana dan time onsetnya serta perilaku / tindakan untuk mengatasinya

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit yang diderita anggota keluarga yang berhubungan dengan penyakit yang diderita klien, keturunan atau menular, kapan, time onset dan tindakan / perilaku untuk mengatasinya

1. Genogram (minimal 3 generasi)
2. Keadaan, penampilan dan kesan umum klien

Kesan secara umum yang dapat dilihat saat mengkaji termasuk status kesadaran

1. **Riwayat Keperawatan**
2. Pola Penatalaksanaan Kesehatan – Persepsi Sehat

Pola hidup sehat dan sejahtera, pengetahuan tentang gaya hidup yang berhubungan dengan sehat, pengetahuan tentang upaya preventif, ketaatan pada ketentuan medis dan keperawatan

1. Pola Nutrisi – Metabolisme (di rumah dan di rumah sakit)

Pola makan dan minum yang meliputi: jenis; porsi; frekuensi; jadwal; sediaan; kebiasaan; kesukaan dan yang tidak disukai; nafsu makan dan minum, pola diit, pengetahuan tentang nutrisi dan cairan, type makanan dan minuman, intake dan out put makanan dan minuman, pilihan makanan dan minuman, pantangan makanan dan minuman, hambatan / gangguan / keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan cairan, BB saat ini, BB 3 bulan yang lalu, BB ideal

1. Pola Eliminasi (di rumah dan di rumah sakit)
2. Pola Eliminasi Uri (di rumah dan di rumah sakit)

Jumlah, warna, bau, waktu, frekuensi, kemampuan dan masalah pengontrolan pengeluaran urine, riwayat toilet training, penggunaan kateter/kondom kateter/urinal, penggunaan obat pelancar urene (jika muncul masalah elminasi, kaji: keluhan, awitan dan durasi, gambaran, frekuensi, hal yang memperingan dan memperburuk masalah).

1. Pola eliminasi Alvi (di rumah dan rumah sakit)

Jumlah, warna, bau, waktu, frekuensikonsistensi, kemampuan damasalah pengontrolan pengeluaran feses, riwayat toilet training, penggunaan obat pencahar/laxan (jika muncul masalah eliminasi, kaji : keluhan, awitan dan durasi, gambaran, frekuensi, pencetus, hal yang memperingan dan memperburuk masalah).

1. Pola Aktivitas (di rumah dan di rumah sakit)

Pola latihan, aktivitas, mobilisasi, ketenangan, rekreasi, kemampuan pemenuhan *Activity Daily Living*

1. Pola Istirahat – Tidur (di rumah dan di rumah sakit)

Pola tidur, istirahat, persepsi tentang istirahat – tidur, kualitas dan kuantitas istirahat tidur, waktu, keluhan saat istirahat – tidur, kebiasaan yang menunjang dan mengganggu istirahat – tidur

1. Pola Kognitif – Perseptual

Panca indra, belajar, kemampuan bahasa, ingatan, kemampuan membuat keputusan

1. Pola Persepsi Diri – Konsep Diri

Gambaran diri, ideal diri, sikap diri, persepsi terhadap kemampuan, pola emosional, identitas diri

1. Pola Peran – Hubungan ( di rumah dan di rumah sakit )

Pola hubungan, peran tanggung jawab di rumah dan pekerjaan, kepuasan hubungan dan tanggung jawab, masalah yang dialami

1. Pola Sexual – Reproduktif

Kebutuhan sexual, pengetahuan dan persepsi tentang sexual, riwayat reproduksi, kepuasaan hubungan sexual, identitas sexual, gangguan reproduksi

1. Pola Koping – Toleransi Stres

Kemampuan mengendalikan stress, upaya mengendalikan stress, bantuan; alat atau sarana yang digunakan untuk mengendalikan stress, pengetahuan tentang toleransi stress, sumber yang mendukung)

1. Pola Nilai – Keyakinan

Nilai, tujuan, keyakinan, praktik spiritual, kebiasaan beribadah di rumah dan di rumah sakit, sumber pendukung.

1. **Pemeriksaan Fisik per Sistem (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi)**
2. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : / mmHg, kekuatan:

Irama :

Nadi : x/mnt, kekuatan:

Irama :

Respiration Rate : x/mnt,

Irama :

Suhu : 0 C

1. Sistem Pernafasan

Bentuk dada, pergerakan dada, kelainan di dada, rabaabn/palpasi dada, fremitus, pantulan suara, suara perkusi dada, suara nafas, frekuensi nafas, irama nafas, temuan-temuan kelainan di dada / pernafasan

1. Sistem Peredaran Darah dan Sirkulasi

Jumlah: frekuensi; kekuatan dan irama nadi, tekanan darah; kekuatan dan iramanya, capiler refille, pitting oedema, clubbing finger, suara jantung, keluhan atau temuan kelainan di sistem peredaran darah, input cairan, sirkulasi cairan, tanda-tanda dehidrasi, anemia, dll

1. Sistem Persyarafan

Pemeriksaan saraf cranial lengkap, reflex babinski, troseaux, schovteks, brudzinski I dan II, GCS, kepekaan terhadap stimulasi, tanda dan gejala TIK, dll

1. Sistem Pencernaan

Bentuk; ukuran; kekenyalan abdomen, hepar, lien, peristaltic, bising, acties, suara perkusi abdomen, kelainan yang ditemukan, fases: bau; bentuk; konsistensi; warna, dll

1. Sistem Perkemihan

Urine: jumlah, bau, warna, kandungan, frekuensi, pemeriksaan ginjal, tanda infeksi, dll

1. Sistem Reproduksi

Bentuk; ukuran dan kelainan pada payudara, penis, skrotum, vagina, siklus menstruasi, kepemilikan anak, fungsi seksual, dll

1. Sistem Endokrin

Bentuk dan ukurann anggota/organ tubuh berhubungan dengan pertumbuhan membesar atau mengecil, pembesaran klenjar thyroid, tanda-tanda perubahan metabolic pada tubuh dll

1. Sistem Muskouloskeletal

Bentuk dan ukuran muskulus dan skeletal, ROM/pergerakan skeletal dan sendi, kelainan pada ekstremitas atas dan bawah, kekuatan dan kekenyalan otot, dll

1. Sistem Integumen

Kelembaban, warna, penyebaran warna, turgor, kelainan pada kulit, dll

1. Sistem Panca Indera
2. Mata

Jumlah, bentuk, posisi, pupil, konjungtiva, reflex cahaya dan stimulasi lain, sclera, air mata, lakrimasi, kotoran, perubahan warna, tajam penglihatan, TIO / Tekanan Indra Okuler, bulu mata, palpebra, dll

1. Telinga

Bentuk, kelainan bentuk, ukuran, kotoran, kebersihan, tajam pendengaran, kebiasaan perawatan telinga, penggunaan alat bantu pendengaran, tes garputala, tes audiometric, dll

1. Lidah dan mulut

Bentuk dan ukuran, kemampuan merasa, konsistensi, kelainan, dll

1. Peraba (reflex terhadap stimulasi panas, dingin, tajam, tumpul, dll)
2. Hidung (kemampuan menghidung, bentuk, kotoran, ukuran, kelainan, dll)
3. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah jenis pengkajian keperawatan yang berkaitan dengan bagaimana pasien bereaksi terhadap masalah kesehatan atau perkembangan masalah kesehatan yang ada atau potensial. Diagnosa keperawatan yaitu untuk menentukan dengan tepat reaksi setiap klien, keluarga, dan komunitas terhadap keadaan terkait kesehatan tertentu. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017). Nyeri Akut b.d agen pencedara fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)

* 1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi
  2. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan
  3. Resiko Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d hipertensi

1. **Intervensi Keperawatan**

Tabel 2.1 intervensi keperawatan

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | **Diagnosa keperawatan**  **(SDKI)** | **Tujuan dan Kriteria Hasil**  **(SLKI)** | | | | | | | | | | | **Intervensi Keperawatan**  **(SIKI)** | |
|  | Kode diagnosa:  **Nyeri akut (D. 0077)**  **Definisi** :  Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dar berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan  **Penyebab** :  1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)  2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)  3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)  **Gejala dan Tanda** **Mayor**  ***Subjektif***  1. Mengeluh nyeri\*  ***Objektif***   * + - 1. Tampak meringis       2. Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)       3. Gelisah       4. Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur   **Gejala dan Tanda Minor**  ***Subjektif***  (tidak tersedia)  ***Objektif***   * + - 1. Tekanan darah meningkat       2. Pola'napas berubah       3. Nafsu makan berubah       4. Proses berpikir terganggu       5. Menarik diri       6. Berfokus pada diri sendiri       7. Diaforesis   **Kondisi Klinis Terkait**  Kondisi pembedahan  Cedera traumatis  Infeksi  Sindrom koroner akut  Glaukoma | **Tujuan :**  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :  Luaran utama : Tingkat nyeri **L.08066** | | | | | | | | | | | Intervensi utama:  **Manajemen nyeri (1.08238)**  **Observasi**   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik   **Terapeutik**   1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi Istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyer**i**   **Edukasi**   1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri   **Kolaborasi**  1. Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu* | |
| **Hasil** | **Menurun** | | **Cukup**  **Menurun** | | **Sedang** | | | **Cukup Meningkat** | | **Meningkat** |
| Kemampuan menuntaskan aktivitas | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| **Hasil** | **Meningkat** | | **Cukup Meningkat** | | **Sedang** | | | **Cukup Menurun** | | **Menurun** |
| Keluhan nyeri | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Meringis | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Sikap protektif | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Gelisah | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Kesulitan tidur | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Menarik diri | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Berfokus pada diri sendiri | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Diaforesis | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Perasaan depresi (tertekan) | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Perasaan takut mengalami cedera berulang | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Anoreksia | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Perineum terasa tertekan | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Uterus teraba membulat | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Ketegangan otot | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Pupil dilatasi | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Muntah | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Mual | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| **Hasil** | **Memburuk** | | **Cukup Memburuk** | | **Sedang** | | | **Cukup Membaik** | | **Membaik** |
| Frekuensi nadi | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Pola napas | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Tekanan darah | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Proses berpikir | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Fokus | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Fungsi berkemih | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Perilaku | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Nafsu makan | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Pola tidur | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| 2. | Kode diagnosa :  **Gangguan Pola Tidur (D.0055)**  **Deflnisi** :  Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal  **Penyebab** :  1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan / pemeriksaan / tindakan)  2. Kurang kontrol tidur  3. Kurang privasi  4. Restraint fisik  5. Ketiadaan teman tidur  6. Tidak familiar dengan peralatan tidur  **Gejala dan Tanda Mayor**  ***Subjektif***   1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup   ***Objektif***  (tidak tersedia)  **Gejala dan Tanda Minor**  ***Subjektif***   1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun   ***Objektif***  (tidak tersedia)  **Kondisi KlÍnis Terkait**   * + - 1. Nyeri/kolik       2. Hipertiroidisme       3. Kecemasan       4. Penyakit paru obstruktif kronis       5. Kehamilan       6. Periode pasca partum       7. Kondisi pasca operasi | **Tujuan :**  Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur dapat membaik dengan kriteria hasil :  Luaran utama: pola tidur **L.05045** | | | | | | | | | | | Kode intervensi:  **Dukungan tidur (1.05174)**  **Observasi**   1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh. alkohol makan mendekati waktutidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi   **Terapeutik**   1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan suhu, matras, dan tempa tidur) Batasi waktu tidur siang, jika perlu 2. Fasilitasi menghilangkan slres sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posis terapi akupresur) 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidu: terjaga   **Edukasi**   1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan /minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidurREM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (ms psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya | |
| **Hasil** | | **Menurun** | | **Cukup Menurun** | | **Sedang** | | | **Cukup meningkat** | **Meningkat** |
| Keluhan sulit tidur | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
| Keluhan sering terjaga | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
| Keluhan tidur tidak pulas | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
| Keluhan pola tidur berubah | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
| Keluhan istirahat tidak cukup | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
| **Hasil** | | **Meningkat** | | **Cukup Meningkat** | | **Sedang** | | | **Cukup Menurun** | **Menurun** |
| Kemampuan beraktivitas | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 3. | Kode diagnosa :  **Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif (** **D.0015)**  **Definisi** :  Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.  **Faktor Risiko**   * + - 1. Gaya hidup kurang gerak       2. Hipertensi       3. Merokok       4. Prosedur endovaskuler       5. Trauma       6. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup kurang gerak, obesitas, imobilitas)   **Kondisi Klinis Terkait**  Arterosklerosis  *Raynaud's disease*  Trombosis arteri  Atritis rheumatoid  *Leriche's syndrome*  Aneurisma  *Buerger's disease*  Varises  Diabetes mellitus  Hipotensi  Kanker | **Tujuan :**  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer jantung dapat membaik dengan kriteria hasil :  Luaran utama : perfusi perifer **L.02011** | | | | | | | | | | | Kode intervenssi:  **Pencegahan syok (1.02068)**  **Observasi**   1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD MAP) 2. Monitor status okslgenasi (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa riwayat alergi   **Terapeutik**   1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 2. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 3. Pasang jalur IV, jika perlu 4. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu 5. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi   **Edukasi**   1. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 2. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 3. Anjurkan melapor jika menemukan /merasakan tanda dan gejala awal syok 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5. Anjurkan menghindari allergen   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah, *jika perlu* 3. Kolaborasi pemberian antiinfalamasi, *jika perlu* | |
| **Hasil** | | **Menurun** | | **Cukup Menurun** | | | **Sedang** | | **Cukup Meningkat** | **meningkat** |
| Denyut nadi perifer | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Penyembuhan luka | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Sensasi | |  | |  | | |  | |  |  |
| **Hasil** | | **Meningkat** | | **Cukup Meningkat** | | | **Sedang** | | **Cukup Menurun** | **Menurun** |
| Warna kulit pucat | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Nyeri ekstremitas | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Parastesia | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Kelemahan otot | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Kram otot | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Bruit fernoratis | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Nekrosis | |  | |  | | |  | |  |  |
| **Hasil** | | **Memburuk** | | **Cukup Memburuk** | | | **Sedang** | | **Cukup Membaik** | **Membaik** |
| Pengisian caliper | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Akral | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Turgor kulit | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Tekanan darah sistolik | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Tekanan darah diastolic | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Tekanan arteri rata-rata | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Indeks *ankle-branchial* | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
|  | |  | |  | | |  | |  |  |
| No | **Diagnosa keperawatan**  **(SDKI)** | **Tujuan dan Kriteria Hasil**  **(SLKI)** | | | | | | | | | | | **Intervensi Keperawatan**  **(SIKI)** | |
| 1. | Kode diagnosa:  **Nyeri akut (D. 0077)**  **Definisi** :  Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dar berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan  **Penyebab** :   1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)   **Gejala dan Tanda** **Mayor**  ***Subjektif***   1. Mengeluh nyeri   ***Objektif***  Tampak meringis  Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)  Gelisah  Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur  **Gejala dan Tanda Minor**  ***Subjektif***  (tidak tersedia)  ***Objektif***   1. Tekanan darah meningkat 2. Pola'napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis   **Kondisi Klinis Terkait**   1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma | **Tujuan :**  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :  Luaran utama : Tingkat nyeri **L.08066** | | | | | | | | | | | Intervensi utama:  **Manajemen nyeri (1.08238)**  **Observasi**   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik   **Terapeutik**   1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi Istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri   **Edukasi**   1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD MAP) 2. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 3. Jelaskan strategi meredakan nyeri 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu* | |
| **Hasil** | **Menurun** | | **Cukup**  **Menurun** | | **Sedang** | | | **Cukup Meningkat** | | **Meningkat** |
| Kemampuan menuntaskan aktivitas | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| **Hasil** | **Meningkat** | | **Cukup Meningkat** | | **Sedang** | | | **Cukup Menurun** | | **Menurun** |
| Keluhan nyeri | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| meringis | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Sikap protektif | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| gelisah | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Kesulitan tidur | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Menarik diri | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Berfokus pada diri sendiri | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Diaforesis | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Perasaan depresi (tertekan) | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Perasaan takut mengalami cedera berulang | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Anoreksia | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Perineum terasa tertekan | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Uterus teraba membulat | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Ketegangan otot | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Pupil dilatasi | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Muntah | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Mual | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| **Hasil** | **Memburuk** | | **Cukup Memburuk** | | **Sedang** | | | **Cukup Membaik** | | **Membaik** |
| Frekuensi nadi | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Pola napas | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Tekanan darah | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Proses berpikir | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Fokus | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Fungsi berkemih | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Perilaku | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Nafsu makan | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| Pola tidur | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| 2. | Kode diagnosa :  **Gangguan Pola Tidur (D.0055)**  **Deflnisi** :  Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal  **Penyebab** :  1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan / pemeriksaan / tindakan)  2. Kurang kontrol tidur  3. Kurang privasi  4. Restraint fisik  5. Ketiadaan teman tidur  6. Tidak familiar dengan peralatan tidur  **Gejala dan Tanda Mayor**  ***Subjektif***   1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup   ***Objektif***  (tidak tersedia)  **Gejala dan Tanda Minor**  ***Subjektif***  1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun  ***Objektif***  (tidak tersedia)  **Kondisi KlÍnis Terkait**   1. Nyeri/kolik 2. Hipertiroidisme 3. Kecemasan 4. Penyakit paru obstruktif kronis 5. Kehamilan 6. Periode pasca partum 7. Kondisi pasca operasi | **Tujuan :**  Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur dapat membaik dengan kriteria hasil :  Luaran utama: pola tidur **L.05045** | | | | | | | | | | | Kode intervensi:  **Dukungan tidur (1.05174)**  **Observasi**   1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh. alkohol makan mendekati waktutidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi   **Terapeutik**   1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan suhu, matras, dan tempa tidur) Batasi waktu tidur siang, jika perlu 2. Fasilitasi menghilangkan slres sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posis terapi akupresur) 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidu: terjaga   **Edukasi**   1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan /minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidurREM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (ms psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya | | |
| **Hasil** | | **Menurun** | | **Cukup Menurun** | | **Sedang** | | | **Cukup meningkat** | **Meningkat** |
| Keluhan sulit tidur | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
| Keluhan sering terjaga | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
| Keluhan tidur tidak pulas | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
| Keluhan pola tidur berubah | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
| Keluhan istirahat tidak cukup | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
| **Hasil** | | **Meningkat** | | **Cukup Meningkat** | | **Sedang** | | | **Cukup Menurun** | **Menurun** |
| Kemampuan beraktivitas | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | 5 |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| .3. | Kode diagnose :  **Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif (** **D.0015)**  **Definisi** :  Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.  **Faktor Risiko**   1. Gaya hidup kurang gerak 2. Hipertensi 3. Merokok 4. Prosedur endovaskuler 5. Trauma 6. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup kurang gerak, obesitas, imobilitas)   **Kondisi Klinis Terkait**   1. Arterosklerosis 2. Raynaud's *disease* 3. Trombosis arteri 4. Atritis rheumatoid 5. *Leriche's syndrome* 6. Aneurisma 7. Buerger's *disease* 8. Varises 9. Diabetes mellitus 10. Hipotensi 11. Kanker | **Tujuan :**  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer jantung dapat membaik dengan kriteria hasil :  Luaran utama : perfusi perifer **L.02011** | | | | | | | | | | | Kode intervenssi:  **Pencegahan syok (1.02068)**  **Observasi**   1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD MAP) 2. Monitor status okslgenasi (oksimetri nadi, AGD) 3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa riwayat alergi   **Terapeutik**   1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 2. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 3. Pasang jalur IV, jika perlu 4. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu 5. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi   **Edukasi**   1. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 2. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 3. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5. Anjurkan menghindari allergen   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian transfusi darah, *jika perlu* 3. Kolaborasi pemberian antiinfalamasi, *jika perlu* |
| **Hasil** | | **Menurun** | | **Cukup Menurun** | | | **Sedang** | | **Cukup Meningkat** | **meningkat** |
| Denyut nadi perifer | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Penyembuhan luka | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Sensasi | |  | |  | | |  | |  |  |
| **Hasil** | | **Meningkat** | | **Cukup Meningkat** | | | **Sedang** | | **Cukup Menurun** | **Menurun** |
| Warna kulit pucat | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Nyeri ekstremitas | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Parastesia | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Kelemahan otot | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Kram otot | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Bruit fernoratis | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Nekrosis | |  | |  | | |  | |  |  |
| **Hasil** | | **Memburuk** | | **Cukup Memburuk** | | | **Sedang** | | **Cukup Membaik** | **Membaik** |
| Pengisian caliper | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Akral | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Turgor kulit | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Tekanan darah sistolik | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Tekanan darah diastolik | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Tekanan arteri rata-rata | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |
| Indeks *ankle-branchial* | | 1 | | 2 | | | 3 | | 4 | 5 |

1. **Implementasi Keperawatan**

Impementasi keperawatan adalah realisasi rencana tindakan keperawatan untuk mencapi tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam implementasi juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah implementasi serta menilai data yang baru (Sa’diyah & Suandika, 2023).

1. **Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keparawatan penilaian dengn cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Hidayat, 2021)

1. Cara untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi, atau muncul masalah baru dalam membandingkan antara SOAP dengan tujuan, kriteria hasil yang telah di tetapkan.
2. Format evaluasi menggunakan :
3. S : Subjektif adalah informasi yang didapat berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diperbaiki.
4. O : Objektif adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.
5. A : Analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil kemdian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian atau muncul masalah baru.
6. P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa, baik itu rencana diteruskan, dimodifkasi, dibatalkan ada masalah baru, selesai (tujuan tercapai)