

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Hipertensi

2.1.1 Pengertian

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmhg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi atau darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik diatas batas normal yaitu lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), tekanan darah Sistolik dewasa adalah tekanan yang diperoleh pada saat jantung berkontraksi memompakan darah keseluruh tubuh dimana angka normalnya adalah 120 mmHg. Sementara tekanan diastolik yaitu tekanan saat otot jantung relaksasi dan menerima darah yang kembali dari seluruh tubuh dan nilai normalnya adalah 80 mmHg (Pratama, 2023).

Menurut Chobanian di dalam Kurnia (2021) hipertensi adalah kondisi peningkatan tekanan darah sistolik yang lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik yang lebih dari 90 mmHg berdasarkan dua kali atau lebih pengukuran tekanan darah (Syafa & Mokoginta, 2023)

Menurut Price (dalam Nurarif. & Kusuma (2015), Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya berisiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar risikonya (Telaumbanua & Rahayu, 2021).

Menurut *American Heart Association* (AHA) dalam Kementerian Kesehatan (Kemenkes, 2018), hipertensi merupakan silent killer dimana gejalanya sangat bermacam-macam pada setiap individu dan hampir sama dengan penyakit lain. Gejala-gejala tersebut adalah sakit kepala atau rasa berat ditengkuk, vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging atau tinnitus dan mimisan (Telaumbanua & Rahayu, 2021).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut PERKI 2019, Adapun pembagian derajat keparahan hipertensi pada seseorang merupakan salah satu dasar penentuan diagnosis hipertensi (Ekasari, Dkk, 2021)

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi menurut (PERKI, 2019)

Klasifikasi	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi derajat 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistolik	≥ 140	<90

Sumber: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI), 2019 dalam (Ekasari, Dkk, 2021)

2.1.3 Etiologi

Ada 2 macam hipertensi menurut (Ekasari, Dkk, 2021), yaitu :

- a. Hipertensi esensial adalah hipertensi yang Sebagian besar tidak diketahui penyebabnya. Sekitar 10-16% orang dewasa yang mengidap penyakit darah tinggi ini.
- b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang diketahui penyebabnya. Sekitar 10% orang yang menderita hipertensi jenis ini.

Beberapa penyebab hipertensi menurut (Ekasari, Dkk, 2021) antara lain :

1) Keturunan

Jika seseorang memiliki orang tua atau saudara yang mengidap hipertensi maka besar kemungkinan orang tersebut menderita hipertensi.

2) Usia

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa semakin bertambah usia seseorang maka tekanan darah pun akan meningkat.

3) Garam

Garam dapat meningkatkan tekanan darah dengan cepat pada beberapa orang.

4) Kolesterol

Kandungan lemak yang berlebih dalam darah dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah, sehingga mengakibatkan pembuluh darah menyempit dan tekanan darah pun akan meningkat.

5) Obesitas/kegemukan

Orang yang memiliki 30% dari berat badan ideal memiliki resiko lebih tinggi mengidap hipertensi.

6) Stres

Merupakan masalah yang memicu terjadinya hipertensi dimana hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf

simpatis , pengingkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu).

7) Rokok

Merokok dapat memicu terjadinya tekanan darah tinggi, jika merokok dalam keadaan menderita hipertensi maka akan memicu penyakit yang berkaitan dengan jantung dan darah.

8) Kafein

Kafein yang terdapat pada kopi, teh, ataupun minuman bersoda dapat meningkatkan tekanan darah.

9) Alkohol

Mengonsumsi alkohol yang berlebih dapat meningkatkan tekanan darah.

10) Kurang olahraga

Kurang berolahraga dan bergerak dapat meningkatkan tekanan darah, jika menderita hipertensi agar tidak melakukan olahraga berat.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala hipertensi menurut Salma 2020 (Ekasari, Dkk, 2021) yaitu

:

- a. Sakit kepala (biasanya pada pagi hari sewaktu bangun tidur)
- b. Bising (bunyi nging) di telinga
- c. Jantung berdebar-debar
- d. Penglihatan kabur
- e. Mimisan
- f. Tidak ada perbedaan tekanan darah walaupun berubah posisi

2.1.5 Patofisiologi

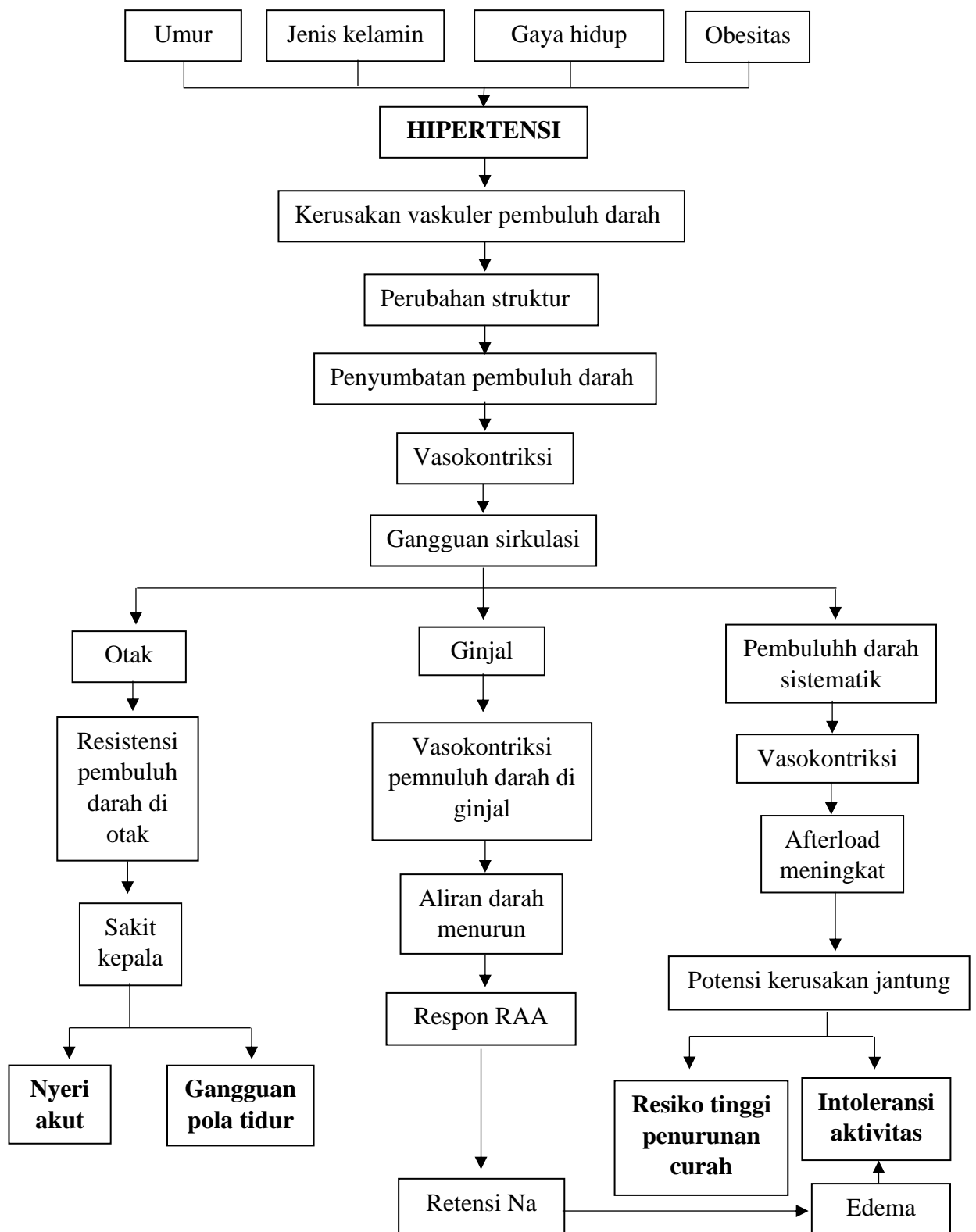
Tekanan darah sama dengan jumlah darah yang dipompa keluar dari jantung (curah jantung) dikalikan resistensi vascular sistemik. Jika diameter pembuluh darah menjadi lebih kecil karena aterosklerosis atau vasokonstriksi, tekanan darah meningkat dengan upaya untuk memaksa darah melalui lubang yang lebih kecil. Jika ada peningkatan volume (jumlah) atau viskositas (ketebalan atau konsistensi) cairan dalam pembuluh darah, tekanan didalam pembuluh darah meningkat dan jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa cairan melalui pembuluh (Susan et al, 2019).

Hipertensi disebabkan oleh umur, jenis kelamin, gaya hidup dan obesitas. Hipertensi terjadi karena adanya kerusakan pada pembuluh darah sehingga terjadi perubahan struktur. Ketika terjadi perubahan struktur dapat mengakibatkan penyumbatan pembuluh darah sehingga menyebabkan vasokonstriksi. Vasokonstriksi adalah penyempitan pada pembuluh darah. Ketika terjadinya vasokonstriksi dapat mengakibatkan gangguan sirkulasi. Gangguan sirkulasi dapat mengakibatkan gangguan di otak, ginjal dan pembuluh darah sistemik. Ketika terjadi gangguan sirkulasi di otak dapat menyebabkan resistensi pembuluh di otak sehingga mengakibatkan sakit kepala maka diangkat masalah keperawatan nyeri akut dan gangguan pola tidur. Ketika terjadi gangguan sirkulasi di ginjal dapat menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah di ginjal sehingga mengakibatkan aliran darah menurun, ketika aliran darah menurun maka terjadilah respon RAA (Renin, Angiotensin, Aldosteron) dan retensi Na (Natrium). Retensi natrium

mengakibatkan edema maka diangkat masalah keperawatan intoleransi aktivitas. Ketika terjadi gangguan sirkulasi di pembuluh darah sistemik terjadi vasokonstriksi yang menyebabkan afterload meningkat. Afterload meningkat dapat mengakibatkan potensi kerusakan jantung maka diangkat masalah keperawatan resiko tinggi penurunan curah jantung dan intoleransi aktivitas.

2.1.6 Pathway

Gambar 2.1 Pathway hipertensi



2.1.7 Komplikasi

Hipertensi yang tidak teratasi, dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya (Ekasari, Dkk, 2021) :

a. Payah jantung

Kondisi jantung yang tidak lagi mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Kondisi ini terjadi karena kerusakan pada otot jantung atau sistem listrik jantung.

b. Stroke

Tekanan darah yang terlalu tinggi bisa mengakibatkan pembuluh darah yang sudah lemah pecah. Jika hal ini terjadi pada pembuluh darah otak maka akan terjadi pendarahan pada otak dan mengakibatkan kematian. Stroke bisa juga terjadi karena sumbatan dari gumpalan darah di pembuluh darah yang menyempit.

c. Kerusakan ginjal

Menyempit dan menebalnya aliran darah menuju ginjal akibat hipertensi dapat mengganggu fungsi ginjal untuk menyaring cairan menjadi lebih sedikit sehingga membuang kotoran kembali ke darah.

d. Kerusakan pengelihatan

Pecahnya pembuluh darah pada pembuluh darah di mata karena hipertensi dapat mengakibatkan pengelihatan menjadi kabur, selain itu kerusakan yang terjadi pada organ lain dapat menyebabkan kerusakan pada pandangan yang menjadi kabur.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

a. Hemoglobin/hematokrit : bukan diagnostik tetapi mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat

mengindikasikan faktor-faktor resiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.

- b. Glukosa : hiperglikemia (diabetes melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi)
- c. Kolesterol dan trigliserida serum, peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk adanya pembentukan plat ateromatosa (efek kardiovaskuler)
- d. Urinalis : darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.
- e. Asam urat : Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor resiko terjadinya hipertensi.
- f. CT Scan : mengkaji tumor serebral, ensefalopi.
- g. Foto dada/thoraks : dapat menunjukkan obstruksi klasifikasi pada area katub
- h. EKG : dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi

2.1.9 Penatalaksanaan Medis

Menurut Righo tahun 2014, penatalaksanaan hipertensi ada 2 yaitu farmakologi dan non farmakologi (Ekasari, Dkk, 2021)

a. Farmakologi (obat-obatan)

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

- 1) Mempunyai efektifitas yang tinggi

- 2) Mempunyai toksitas dan efek samping ringan atau minimal
- 3) Memungkinkan penggunaan obat secara oral
- 4) Tidak menimbulkan intoleransi
- 5) Harga obat relatif murah sehingga terjangkau oleh klien
- 6) Memungkinkan penggunaan jangka panjang. Golongan obat-obatan yang diberikan pada klien dengan hipertensi seperti golongan diuretic, golongan betablocker, golongan antagonis kalsium, serta golongan penghambat konversi renin angiotensin

b. Non farmakologi

1) Diet

Pembatasan atau kurang konsumsi garam. Penurunan berat badan membantu menurunkan tekanan darah bersama dengan penurunan aktivitas renin dalam plasma dan penurunan kadar aldosterone dalam plasma.

2) Aktivitas

Ikut berpartisipasi pada setiap kegiatan yang sudah disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan, serta berjalan, jogging, bersepeda, atau berenang.

3) Istirahat yang cukup

Istirahat dengan cukup memberikan kebugaran bagi tubuh dan mengurangi beban kerja tubuh.

4) Kurangi stress

Mengurangi stres dapat menurunkan tegang otot saraf sehingga dapat mengurangi peningkatan tekanan darah.

2.2 Konsep Relaksasi Napas Dalam

2.2.1 Defenisi

Menurut Kemenkes tahun 2022, teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Relaksasi nafas dalam adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata (Fitriyana, 2019).

2.2.2 Tujuan terapi relaksasi nafas dalam

Menurut Bruner & Suddart tahun 2018, relaksasi nafas 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 (Ansori, 2020).

2.2.3 Manfaat terapi relaksasi nafas dalam

Menurut Wardani tahun 2018 dalam (Ansori, 2020), beberapa manfaat terapi relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :

- 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 Prosedur tindakan terapi relaksasi napas dalam

Menurut PPNI dalam buku Standar Prosedur Operasional (SPO) Keperawatan tahun 2021, Langkah-langkah melakukan teknik relaksasi napas dalam adalah sebagai berikut :

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan atau nomor rekam medis)
- b. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan : sarung tangan bersih (jika perlu), kursi dengan sandaran jika perlu, bantal
- d. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- e. Pasang sarung tangan (jika perlu)
- f. Tempatkan pasien di tempat yang tenang dan nyaman
- g. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman (jika memungkinkan)
- h. Berikan posisi yang nyaman (misalnya dengan duduk bersandar atau tidur)
- i. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- j. Latih melakukan teknik relaksasi napas dalam :
- k. menganjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh

- 1) Ajarkan cara melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan
 - 2) Ajarkan cara melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan
 - 3) Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik
 - 4) Anjurkan pada klien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam sebanyak 5-10 kali atau sampai nyeri berkurang atau hilang
- l. Monitor respon pasien selama dilakukan prosedur
 - m. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - n. Lepaskan sarung tangan
 - o. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - p. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

2.3 Konsep Nyeri Akut

2.3.1 Pengertian nyeri akut

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

Menurut International Association for the Study of Pain (IASP), nyeri adalah fenomena rumit yang tidak hanya mencakup respons fisik atau mental, tetapi juga emosi emosional individu (Nori et al., 2023).

Menurut Smeltzer & Bare tahun 2012, nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial (Yusuf Saifudin Ansori, 2018)

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

2.3.2 Penyebab nyeri akut

Ada beberapa penyebab nyeri akut (SDKI & Pokja, 2016)

- a. Agen pencedera fisiologis, misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma
- b. Agen pencedera kimiawi, misalnya terbakar bahan kimia iritan
- c. Agen pencedera fisik, misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

2.3.3 Tanda dan gejala nyeri akut

Pasien dengan nyeri akut biasanya menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor sebagai berikut (SDKI & Pokja, 2016)

- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Secara subyektif pasien mengeluhkan adanya nyeri
 - 2) Secara obyektif pasien tampak meringis, menunjukkan sikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindar nyeri), tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, adanya kesulitan untuk tidur
- b. Gejala dan tanda minor
 - 1) Secara subyektif tidak tersedia gejala minor dari nyeri akut
 - 2) Secara obyektif nyeri akut ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah, perubahan pola napas, perubahan nafsu makan, proses berpikir terganggu, pasien tampak menarik diri, berfokus pada diri sendiri, adanya diaforesis.

2.3.4 Pengobatan nyeri akut

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

2.3.5 Teknik mengatasi nyeri

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

a. Distraksi

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

b. Relaksasi

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

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

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

A. Pengumpulan Data

- 1) Identitas meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosa medis.
- 2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
 - a. Tahap perkembangan keluarga saat ini, yang ditentukan berdasarkan anak tertua dari keluarga inti
 - b. Tahap perkembangan keluarga yang belum tercapai
 - c. Penjelasan mengenai perkembangan keluarga yang belum terpenuhi beserta hambatan yang menyebabkan tugas tersebut belum tercapai
 - d. Riwayat keluarga inti
 - e. Penjelasan tentang riwayat kesehatan keluarga inti, termasuk riwayat penyakit turunan dan kondisi kesehatan masing-masing anggota keluarga. Perhatikan juga upaya keluarga dalam pencegahan penyakit, status imunisasi, sumber layanan kesehatan yang biasa digunakan, serta pengalaman keluarga terhadap

pelayanan kesehatan

- f. Riwayat keluarga sebelumnya
 - g. Penjelasan mengenai kesehatan keluarga dari pihak suami dan istri
- 3) Keluhan utama sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah sakit kepala berdenyut disertai rasa berat di tengkuk, pusing.

P (Prevetif) : penyebab sakit kepala nya?

Q (Quality) : ada dimana sakitnya?

R (Region) : lokasi sakitnya dimana?

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

T (Time) : waktu sakitnya kapan saja?

- 4) Riwayat penyakit sekarang : pada sebagian besar penderita hipertensi tidak menimbulkan gejala. Gejala yang di maksud adalah sakit kepala, pendarahan di hidung, pusing, wajah kemerahan, dan kelelahan yang bisa terjadi pada penderita hipertensi. Jika hipertensinya berat atau menahan tidak di obati, bisa timbul gejala sakit kepala, kelelahan, muntah, sesak nafas, pandangan menjadi kabur, yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma.
- 5) Riwayat kesehatan dahulu / sebelumnya apakah ada riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit ginjal, obesitas,

hiperkolesterol, adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan pengguna obat kontrasepsi oral dan lain-lain.

- 6) Riwayat kesehatan keluarga biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi.
- 7) Riwayat psikososial meliputi perasaan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana cara mengatasinya serta sebagaimana perilaku pasien terhadap tindakan yang dilakukan terhadap dirinya.
- 8) Pengkajian lingkungan
 - a) Karakteristik rumah seperti luas tipe, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septic tank ke sumber air, sumber air minum, serta denah rumah
 - b) Karakteristik tetangga dan komuitas RW, , meliputi kebiasaan, kondisi fisik lingkungan, aturan atau kesepakatan warga, serta budaya yag mempengaruhi kesehatan
 - c) Mobilitas geografis keluarga, , dilihat dari kebiasaan keluarga berpindah tempat
 - d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, yaitu waktu yang digunakan keluaragauntuk berkumpul, jenis perkumpulan, serta sejauh mana interaksikeluarga dengan masyarakat
- 9) Struktur keluarga
 - a) Sistem pendukung keluarga, mencakup jumlah anggota yang sehat, fasilitas yang dimiliki untuk menunjang kesehatan baik

fisik, psikologis, maupun dukungan dari anggota keluarga dan masyarakat

- b) Pola komunikasi keluarga, menjelaskan cara anggota keluarga berkomunikasi, apakah kebutuhan dan perasaan diungkapkan dengan jelas, respon yang diberikan, bahasa yang digunakan, serta pola penyampaian pesan (langsung/tidak langsung) dan jenis komunikasi disfungsional, yang muncul
- c) Struktur kekuatan keluarga, yaitu kemampuan anggota keluarga mempengaruhi dan mengendalikan perilaku anggota lain
- d) Struktur peran, menjelaskan peran masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal
- e) Nilai atau norma menjelaskan nilai-nilai yang dianut keluarga terkait kesehatan

10) Fungsi keluarga

- a) Fungsi afektif, meliputi gambaran diri anggota keluarga, rasa memiliki, dukungan antar anggota, kehangatan dalam keluarga, dan pengembangan sikap saling menghargai
- b) Fungsi sosialisasi, menilai interaksi dalam keluarga, sejauh mana anggota belajar disiplin, norma, budaya, dan perilaku
- c) Fungsi perawatan kesehatan, menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan kebutuhan dasar dan merawat anggota yang sakit serta pengetahuan keluarga tentang kesehatan. Kemampuan keluarga dalam menjalankan lima tugas

kesehatan yaitu mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, melakukan perawatan, menciptakan lingkungan yang sehat, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan

- d) Fungsi reproduksi, meliputi jumlah anak, rencana keluarga terkait jumlah anggota, dan metode pengendalian jumlah anggota keluarga
- e) Fungsi ekonomi, menilai sejauh mana keluarga memenuhikeluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan, dan memanfaatkan sumber daya masyarakat untuk meningkatkan status kesehatan
- f) Stres dan koping keluarga, meliputi stressor jangka pendek (kurang dari enam bulan), kemampuan keluarga merespon stressor, strategi koping yang digunakan, serta strategi adaptasi disfungsional yang mungkin muncul

B. Pemeriksaan Fisik

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

- a) Inspeksi: untuk melihat seberapa berat gangguan sistem kardiovaskuler. Bentuk dada yang biasa ditemukan adalah:
 - 1. Bentuk dada thoraks en beteau (thoraks dada burung).

2. Bentuk dada thoraks emsisematous (dada berbentuk seperti tong).
3. Bentuk dada thoraks phfisis (panjang dan gepeng).

b) Palpasi rongga dada, tujuannya:

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

c) Perkusi teknik yang dilakukan adalah pemeriksaan meletakkan falang terakhir dan sebagian falang kedua jaritengah pada tempat yang hendak di perkusi. Ketukan ujung jari tengah tangan kanan pada jari kiri tersebut dan lakukan gerakan bersumbu pada pergelangan tangan posisi pasien duduk atau berdiri.

d) Auskultasi suara nafas normal:

1. Trakeobronkhial, suara normal yang terdengar pada trackea seperti meniup pipa besi. Suara nafas lebih keras dan pendek saat inspirasi.
2. Bronkovesikuler, suara normal di daerah bronchi, yaitu di sternum atas (torakal).
3. Vesikuler, suara normal di jaringan paru, suara nafas saat inspirasi dan ekspirasi sama.

2) B2 (Sistem kardiovaskuler / blood)

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

3) B3 (Sistem persyarafan / Brain)

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

4) B4 (sistem perkemihan / Bladder)

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

5) B5 (Sistem pencernaan / Bowel)

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

6) B6 (sistem muskuloskeletal / bone)

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

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

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

Semua diagnosa keperawatan harus di dukung oleh data. Data yang di artikan sebagai definisi karakteristik. Definisi kareakteristikdinamakan “Tanda dan Gejala”, tanda adalah sesuatu yang dapat diobservasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh klien. Diagnosa keperawatan di bagi menjadi 2 jenis, yaitu diagnosa negatif dan diagnosa positif. Diagnosa negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosa ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosa ini terdiri dari diagnosa aktual dan diagnosa resiko. Diagnosa positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosa ini juga disebut dengan diagnosa promosi kesehatan (PPNI/DPP standar diagnosa keperawatan indonesia, 2017).

A. Diagnosa aktual

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

B. Diagnosa resiko

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

C. Diagnosa promosi Kesehatan

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

- 1) Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik
(D.0077)
- 2) Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan
Hambatan Lingkungan (D.0055)

3) Penurunan Curah Jantung Berhubungan Dengan Perubahan Afterload (D.0008)

4) Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Kelemahan (D.0056)

2.4.3 Intervensi Keperawatan

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

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

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Hipertensi

No	Dx Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Nyeri Akut Nyeri Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Tekanan darah membaik Pola tidur membaik	MANAJEMEN NYERI (I.08238) Observasi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Monitor efek samping penggunaan analgesik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri: Teknik Relaksasi Napas Dalam 2. Fasilitas istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi

			Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Hambatan Lingkungan (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur meningkat 2. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat Kemampuan beraktivitas menurun	Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan 2. Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
3	Penurunan Curah Jantung Berhubungan Dengan Perubahan Afterload (D.0008)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tekanan darah membaik 2. Lelah menurun	PERAWATAN JANTUNG (I.02075) Observasi 1. Monitor tekanan darah 2. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktifitas Terapeutik 1. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap
4	Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Kelemahan (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Tekanan darah membaik (PPNI/DPP standar luaran keperawatan indonesi, 2017)	MANAJEMEN ENERGI (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan (Indonesia, 2017)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Menurut SIKI dan Pokja (2018), tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas

melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi. Implementasi keperawatan yang dapat dilakukan untuk pasien hipertensi dengan nyeri akut salah satunya adalah dengan pemberian teknik relaksasi napas dalam dapat membuat pasien menjadi lebih rileks.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

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