

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA PASIEN HIPERTENSI YANG DI BERIKAN TERAPI
RELAKSASI (AROMA TERAPI MAWAR) DALAM
MENURUNKAN TEKANAN DARAH PADA PASIEN
DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUD. ABDUL WAHAB SJHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2015**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**DISUSUN OLEH :
ASMAWATY, S. Kep
1411308250108**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2015**

Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Hipertensi yang di Berikan Terapi Relaksasi (Aroma Terapi Mawar) dalam Menurunkan Tekanan Darah pada Pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Asmawaty^{1*}, Maridi M Dirdjo²

INTISARI

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg. Tekanan darah tinggi dianggap sebagai faktor resiko utama bagi berkembangnya penyakit jantung dan berbagai penyakit vaskuler pada orang-orang yang telah lanjut usia, hal ini disebabkan ketegangan yang lebih tinggi dalam arteri sehingga menyebabkan hipertensi. Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk menganalisis intervensi teknik nonfarmakologi: relaksasi napas dalam dengan aromaterapi Mawar untuk menurunkan tekanan darah pada klien di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa terdapat penurunan tekanan darah dari skala nyeri 3 (1-10) menjadi skala 2. Sosialisasi tentang penggunaan aromaterapi Mawar diperlukan bagi perawat ruangan agar penurunan tekanan darah klien menjadi optimal.

Kata kunci: Hipertensi, teknik nonfarmakologi, aromaterapi Mawar

¹Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda, Kalimantan Timur, Indonesia

² Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda, Kalimantan Timur, Indonesia

*Email: asmawatyhamsin@gmail.com

Analysis of Nursing Clinical Practice in Hypertension Patients with Relaxation Therapy (Aroma Therapyrose) for Lowering Blood Pressure at the Emergency Room Installation in Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2015

Asmawaty^{1*}, Maridi M Dirdjo²

ABSTRACT

Hypertension is defined as blood pressure that persistent systolic pressure above 140mm Hg and diastolic above 90mm Hg. High blood pressure is considered as a major risk factor for developing heart disease and other vascular diseases in people who are elderly, this is due to the tension higher in the arteries, causing hypertension. Scientific Work Final Ners (KIAN) aims to analysis intervention non pharmacological techniques: relaxation breaths with aromatherapy Rose for lowering blood pressure in clients in the Emergency Room (ER) of the hospital Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. The analysis shows that there is a decrease in blood pressure of 3 pain scale (1-10) into scale 2. Socialization on the use of aromatherapy Rose required for nurses out doors to decrease blood pressure clients into optimally.

Keyword : Hypertention, Non Pharmacological Techniue,
Relaxation Therapy (Aroma Therapy Rose)

¹ *Nurses Professional Studies Program College of Health Sciences Muhammadiyah Samarinda, East Kalimantan, Indonesia*

² *College of Health Sciences Muhammadiyah Samarinda, East Kalimantan, Indonesia*

*Email: asmawatyhamsin@gmail.com

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi lansia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Smeltzer, 2001). Hipertensi dikategorikan ringan apabila tekanan diastoliknya antara 95 – 104 mmHg, hipertensi sedang jika tekanan diastoliknya antara 105 dan 114 mmHg, dan hipertensi berat bila tekanan diastoliknya 115 mmHg atau lebih. Pembagian ini berdasarkan peningkatan tekanan diastolik karena dianggap lebih serius dari peningkatan sistolik (Smith, 1995).

Menurut penelitian yang dilakukan Boedi Darmojo pada tahun 2011 di Indonesia diperoleh terjadi peningkatan lansia yang menderita hipertensi sekitar 50% di Jawa sekitar 42,6%. Dari data ini dapat disimpulkan tahun ke tahun terdapat peningkatan lansia yang menderita hipertensi dan ini perlu penanganan yang serius.

Berdasarkan data dari WHO (*World Health Organization*) juga memberikan batasan bahwa seseorang, dengan beragam usia dan jenis kelamin, apabila tekanan darahnya berada pada atau di atas 140/90 mmHg atau di atas 160/90 mmHg, maka ia sudah dapat dikategorikan sebagai penderita hipertensi (Rusdi & Isnawati, 2009).

Tekanan darah tinggi dianggap sebagai faktor resiko utama bagi berkembangnya penyakit jantung dan berbagai penyakit vaskuler pada orang-orang yang telah lanjut usia, hal ini disebabkan ketegangan yang lebih tinggi dalam arteri sehingga menyebabkan hipertensi. Lansia sering terkena hipertensi disebabkan oleh kekakuan pada arteri sehingga tekanan darah cenderung meningkat. Selain itu penyebab hipertensi pada lansia juga disebabkan oleh perubahan gaya hidup yang lebih penting lagi kemungkinan terjadinya peningkatan tekanan darah tinggi karena bertambahnya usia lebih besar pada orang yang mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung garam (Ritu, 2011).

Terapi komplementer dikenal dengan terapi tradisional yang digabungkan dalam pengobatan modern. Komplementer adalah penggunaan terapi tradisional ke dalam pengobatan modern (Andrews et al., 1999). Terminologi ini dikenal sebagai terapi modalitas atau aktivitas yang menambahkan pendekatan ortodoks dalam pelayanan kesehatan (Crips & Taylor, 2001). Terapi komplementer juga ada yang menyebutnya dengan pengobatan holistik. Pendapat ini didasari oleh bentuk terapi yang mempengaruhi individu secara menyeluruh yaitu sebuah keharmonisan individu untuk mengintegrasikan pikiran, badan, dan jiwa dalam kesatuan fungsi (Smith et al., 2004).

Pendapat lain menyebut kan terapi komplementer dan alternatif sebagai sebuah domain luas dalam sumber daya pengobatan yang meliputi sistem kesehatan, modalitas, praktik dan ditandai dengan teori dan keyakinan,

dengan cara berbeda dari sistem pelayanan kesehatan yang umum di masyarakat atau budaya yang ada (Complementary and alternative medicine/CAM Research Methodology Conference, 1997 dalam Snyder & Lindquis, 2002). Terapi komplementer dan alternatif termasuk didalamnya seluruh praktik dan ide yang didefinisikan oleh pengguna sebagai pencegahan atau pengobatan penyakit atau promosi kesehatan dan kesejahteraan.

Definisi tersebut menunjukkan bahwa terapi komplementer merupakan pengembangan antara terapi tradisional dan mengintegrasikan dengan terapi modern yang dilakukan untuk mempengaruhi keharmonisan individu dari aspek biologis, psikologis, dan spiritual. Hasil terapi yang telah terintegrasi tersebut ada yang telah lulus uji klinis sehingga sudah disamakan dengan obat modern. Kondisi ini sesuai dengan prinsip keperawatan yang memandang manusia sebagai makhluk yang holistik (bio, psiko, sosial, dan spiritual). Prinsip holistik pada keperawatan ini perlu didukung kemampuan perawat dalam menguasai berbagai bentuk terapi keperawatan termasuk terapi komplementer. Penerapan terapi komplementer pada keperawatan perlu mengacu kembali pada teori-teori yang mendasari praktik keperawatan. Misalnya teori Rogers yang memandang manusia sebagai sistem terbuka, kompleks, mempunyai berbagai dimensi dan energi. Teori ini dapat mengembangkan pengobatan tradisional yang menggunakan energi misalnya tai chi, chikung, dan reiki.

Peran yang dapat diberikan perawat dalam terapi komplementer atau alternatif dapat disesuaikan dengan peran perawat yang ada, sesuai dengan

batas kemampuannya. Pada dasarnya, perkembangan perawat yang memerhatikan hal ini sudah ada. Sebagai contoh yaitu American Holistic Nursing Association(AHNA), Nurse Healer Profesional Associates(NHPA) (Hitchcock et al., 1999). Ada pula National Center for Complementary/Alternative Medicine(NCCAM) yang berdiri tahun 1998 (Snyder & Lindquis, 2002). Hasil penelitian terapi komplementer yang dilakukan belum banyak dan tidak dijelaskan dilakukan oleh perawat atau bukan. Beberapa yang berhasil dibuktikan secara ilmiah misalnya terapi sentuhan untuk meningkatkan relaksasi, menurunkan nyeri, mengurangi kecemasan, mempercepat penyembuhan luka, dan memberi kontribusi positif pada perubahan psikoimunologik (Hitchcock et al., 1999).

Untuk data klien yang didiagnosis menderita hipertensidan berobat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada bulan Juni2015 sampai dengan bulan Agustus 2015 sebanyak seratus delapan puluh (180) orang dewasa.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah pengaruh penggunaan terapi relaksasi (aroma terapi mawar) dalam menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensidi ruang IGD RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan klien Hipertensi di ruang IGD RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan khusus

- a. Menganalisis efektifitas penggunaan aroma terapi mawar terhadap penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi
- b. Menganalisis efektifitas penggunaan aroma terapi mawar dalam proses asuhan keperawatan pada pasien hipertensi

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat aplikatif

a. Bagi klien

Diharapkan klien mendapatkan pelayanan asuhan keperawatan yang komprehensif sehingga dapat mengurangi keluhan sakit klien.

b. Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan untuk bagian keperawatan dalam mengelola perawat di lapangan sehingga dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien lebih aman, tidak terjadi insiden, dan keselamatan klien menjadi lebih terjamin.

c. Bagi tenaga kesehatan

Dapat menjadi referensi untuk memperhatikan pelayanan kesehatan yang lebih baik yang akan diberikan kepada klien.

2. Manfaat keilmuan

a. Bagi penulis

Melalui penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman dalam bidang pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis medis Hipertensi di rumah sakit terutama di ruang IGD.

b. Bagi peneliti

Penelitian ini juga akan berguna untuk memberikan masukan dan gambaran bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis medis Hipertensi dengan teknik pemberian aroma terapi mawar terutama di ruang IGD.

c. Bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi manajemen di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dalam rangka memberikan pelayanan yang aman, nyaman, dan bermutu tinggi. Sehingga diharapkan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit akan meningkat pula, serta menyebutkan paliatif terapi dan pemberian terapi komplementer: aroma terapi mawar

d. Bagi pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam rangka pengembangan pendidikan dan pengajaran tentang asuhan keperawatan pada klien Hipertensi terutama dalam hal aplikasinya di lapangan. Diharapkan

dalam pemberian materi kuliah tentang asuhan keperawatan pada klien Hipertensi di ruang IGD dapat lebih mendalam dan aplikatif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi lansia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Smeltzer& Bare, 2001).

Hipertensi dikategorikan ringan apabila tekanan diastoliknya antara 95 – 104 mmHg, hipertensi sedang jika tekanan diastoliknya antara 105 dan 114 mmHg, dan hipertensi berat bila tekanan diastoliknya 115 mmHg atau lebih. Pembagian ini berdasarkan peningkatan tekanan diastolik karena dianggap lebih serius dari peningkatan sistolik (Smith, 1995).

2. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik (idiopatik). Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan *cardiac output* atau peningkatan tekanan perifer. Namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi:

a. Genetik: Respon neurologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport Natrium.

b.Obesitas: terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.

c. Stress Lingkungan.

d.Hilangnya Elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

Berdasarkan etiologinya Hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu:

a. Hipertensi Esensial (Primer)

Penyebab tidak diketahui namun banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetika, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatik, system renin angiotensin, efek dari ekskresi Natrium, obesitas, merokok dan stress.

b. Hipertensi Sekunder

Dapat diakibatkan karena penyakit parenkim renal/vaskuler renal.

Penggunaan kontrasepsi oral yaitu pil. Gangguan endokrin dll.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan – perubahan pada :

a. Elastisitas dinding aorta menurun

b. Katub jantung menebal dan menjadi kaku

c.Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.

d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah

Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

a. Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Faktor tersebut adalah sebagai berikut :

1) Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah:

1) Umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat)

2) Jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan)

3) Ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih)

4) Kebiasaan hidup

5) Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah :

a) Konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr)

b) Kegemukan atau makan berlebihan

c) Stress

d) Merokok

e) Minum alkohol

f) Minum obat-obatan (ephedrine, prednison, epineprin)

b. Penyebab hipertensi sekunder adalah :Ginjal, Glomerulonefritis, Pielonefritis, Nekrosis tubular akut, Tumor, Vascular, Aterosklerosis, Hiperplasi, Trombosis, Aneurisma, Emboli kolestrol, Vaskulitis, Kelainan endokrin, Diabetes Melitus, Hipertiroidisme, Hipotiroidisme, Saraf, Stroke, Ensepalitis, Sindrome Guller Bal, Obat-obatan, Kontrasepsi oral, Kortikosteroid.

2. Faktor resiko

Faktor-faktor resiko terjadinya hipertensi(Hanns, 2008), antara lain:

- a. Riwayat keluarga dengan penyakit jantung dan hipertensi
- b. Pria usia 35 – 55 tahun dan wanita > 50 tahun atau sesudah menopause
- c. Kebanyakan mengkonsumsi garam/natrium
- d. Sumbatan pada pembuluh darah (aterosklerosis) disebabkan oleh beberapa hal seperti merokok, kadar lipid dan kolesterol serum meningkat, caffeine, DM, dsb.
- e. Faktor emosional dan tingkat stress
- f. Gaya hidup yang monoton
- g. Sensitif terhadap angiotensin
- h. Kegemukan
- i. Pemakaian kontrasepsi oral, seperti esterogen.

3. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor

ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Brunner & Suddarth, 2002).

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Renin 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 (Brunner & Suddarth, 2002).

Sebagai pertimbangan gerontologis dimana terjadi perubahan structural dan fungsional pada system pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Smeltzer& Bare, 2001).

Pada usia lanjut perlu diperhatikan kemungkinan adanya “hipertensi palsu” disebabkan kekakuan arteri brachialis sehingga tidak dikompresi oleh cuff sphygmomanometer (Darmojo, 1999).

Menurunnya tonus vaskuler merangsang saraf simpatis yang diteruskan ke sel jugularis. Dari sel jugularis ini bisa meningkatkan tekanan darah. Dan apabila diteruskan pada ginjal, maka akan mempengaruhi eksresi pada rennin yang berkaitan dengan Angiotensinogen. Dengan adanya perubahan pada angiotensinogen II berakibat pada terjadinya vasokonstriksi pada pembuluh darah, sehingga terjadi kenaikan tekanan darah. Selain itu juga dapat meningkatkan hormone aldosteron yang menyebabkan retensi natrium. Hal tersebut akan berakibat pada

peningkatan tekanan darah. Dengan peningkatan tekanan darah maka akan menimbulkan kerusakan pada organ-organ seperti jantung (Suyono, 1996).

4. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

a. Tidak ada gejala

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

b. Gejala yang lazim

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

Menurut Rokhaeni (2001), manifestasi klinis beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu: Mengeluh sakit kepala, pusing Lemas, kelelahan, Sesak nafas, Gelisah, Mual Muntah, Epistaksis, Kesadaran menurun.

Manifestasi klinis pada klien dengan hipertensi (Mansjoer, 2001), adalah:

a. Peningkatan tekanan darah $> 140/90$ mmHg 2.

b. Sakit kepala

- c. Pusing / migraine
- d. Rasa berat ditengok
- e. Penyempitan pembuluh darah
- f. Sukar tidur
- g. Lemah dan lelah
- h. Nokturia
- i. Azotemia
- j. Sulit bernafas saat beraktivitas

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan penunjang dilakukan dua cara yaitu :

1). Pemeriksaan yang segera seperti :

a) Darah rutin (Hematokrit/Hemoglobin): untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti: hipokoagulabilitas, anemia.

b) Blood Urea Nitrogen/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.

c) Glukosa: Hiperglikemi (Diabetes Melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran Kadar ketokolamin (meningkatkan hipertensi).

d) Kalium serum: Hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.

e) Kalsium serum: Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi

- f) Kolesterol dan trigliserid serum: Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk/adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler)
 - g) Pemeriksaan tiroid: Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi
 - h)Kadar aldosteron urin/serum : untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)
 - i)Urinalisa: Darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
 - j)Asam urat: Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
 - k) Steroid urin : Kenaiakn dapat mengindikasikan hiperadrenalisme
 - l)EKG: 12 Lead, melihat tanda iskemi, untuk melihat adanya hipertrofi ventrikel kiri ataupun gangguan koroner dengan menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
 - m)Foto dada: apakah ada oedema paru (dapat ditunggu setelah pengobatan terlaksana) untuk menunjukan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung.
- 2).Pemeriksaan lanjutan (tergantung dari keadaan klinis dan hasil pemeriksaan yang pertama) :
- a)IVP :Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter.

- b) CT Scan: Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati.
- c) IUP: mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti: Batu ginjal, perbaikan ginjal.
- d) Menyingkirkan kemungkinan tindakan bedah neurologi: Spinal tab, CAT scan.
- e) (USG) untuk melihat struktur ginjal dilaksanakan sesuai kondisi klinis pasien

6. Komplikasi Hipertensi

Pada umumnya komplikasi terjadi pada hipertensi berat yaitu jika tekanan darah diastolik ≥ 130 mmHg atau kenaikan tekanan darah yang terjadi mendadak dan tinggi. Pada hipertensi ringan dan sedang komplikasi yang sering terjadi adalah pada mata, ginjal, jantung, dan otak. Pada mata berupa pendarahan retina, gangguan penglihatan sampai dengan kebutaan. Gagal jantung merupakan kelainan yang sering dijumpai pada hipertensi berat disamping kelainan koroner dan miokard. pada otak sering terjadi pendarahan yang disebabkan pecahnya mikroaneurisma yang dapat mengakibatkan kematian. Kelainan lain yang terjadi adalah proses tromboemboli dan serangan iskemia otak sementara. Gagal ginjal sering dijumpai sebagai komplikasi hipertensi (Susalit *et al*, 2001).

7. Penatalaksanaan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg.

Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi :

1. Terapi tanpa Obat Terapi tanpa obat digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi tanpa obat ini meliputi :

a. Diet

b. Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah :

1) Restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hr menjadi 5 gr/hr

2) Diet rendah kolesterol dan rendah asam lemak jenuh

c. Penurunan berat badan

d. Penurunan asupan etanol

e. Menghentikan merokok

f. Latihan Fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olah raga yang mempunyai empat prinsip yaitu: Macam olah raga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, berenang dan lain-lain. Intensitas olah raga yang baik antara 60-80 % dari kapasitas aerobik atau 72-87 % dari denyut nadi maksimal yang disebut zona latihan. Lamanya latihan berkisar

antara 20 – 25 menit berada dalam zona latihan Frekuensi latihan sebaiknya 3 x perminggu dan paling baik 5 x perminggu

g. Edukasi Psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi menurut(Susalit et al, 2001) meliputi :

1) Tehnik Biofeedback

Biofeedback adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subyek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh yang secara sadar oleh subyek dianggap tidak normal.

Penerapan biofeedback terutama dipakai untuk mengatasi gangguan somatik seperti nyeri kepala dan migrain, juga untuk gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan.

2) Tehnik relaksasi

Relaksasi adalah suatu prosedur atau tehnik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks

3)Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan)

Tujuan pendidikan kesehatan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

2. Terapi dengan Obat

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat. Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup penderita.

Pengobatan standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (Joint National Committee On Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure, Usa, 1988) menyimpulkan bahwa obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita.

Pengobatannya meliputi :

a. Step 1

Obat pilihan pertama : diuretika, beta blocker, Ca antagonis, ACE inhibitor

b. Step 2

Alternatif yang bisa diberikan :

- 1). Dosis obat pertama dinaikkan
- 2). Diganti jenis lain dari obat pilihan pertama
- 3). Ditambah obat ke -2 jenis lain, dapat berupa diuretika , beta blocker, Ca antagonis, Alpa blocker, clonidin, reserphin, vasodilator

c. Step 3 : Alternatif yang bisa ditempuh

- 1). Obat ke-2 diganti
- 2). Ditambah obat ke-3 jenis lain

d. Step 4 : Alternatif pemberian obatnya

- 1). Ditambah obat ke-3 dan ke-4
- 2). Re-evaluasi dan konsultasi
- 3). Follow Up untuk mempertahankan terapi

Untuk mempertahankan terapi jangka panjang memerlukan interaksi dan komunikasi yang baik antara pasien dan petugas kesehatan (perawat, dokter) dengan cara pemberian pendidikan kesehatan.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam interaksi pasien dengan petugas kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Setiap kali penderita diperiksa, penderita diberitahu hasil pengukuran tekanan darahnya
- b. Bicarakan dengan penderita tujuan yang hendak dicapai mengenai tekanan darahnya
- c. Diskusikan dengan penderita bahwa hipertensi tidak dapat sembuh, namun bisa dikendalikan untuk dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas
- d. Yakinkan penderita bahwa penderita tidak dapat mengatakan tingginya tekanan darah atas dasar apa yang dirasakannya, tekanan

darah hanya dapat diketahui dengan mengukur memakai alat tensimeter.

Penderita tidak boleh menghentikan obat tanpa didiskusikan lebih dahulu sedapat mungkin tindakan terapi dimasukkan dalam cara hidup penderita ikutsertakan keluarga penderita dalam proses terapi

e. Pada penderita tertentu mungkin menguntungkan bila penderita atau keluarga dapat mengukur tekanan darahnya di rumah

f. Buatlah sesederhana mungkin pemakaian obat anti hipertensi misal 1 kali sehari atau 2 kali sehari

g. Diskusikan dengan penderita tentang obat-obat anti hipertensi, efek samping dan masalah-masalah yang mungkin terjadi

h. Yakinkan penderita kemungkinan perlunya memodifikasi dosis atau mengganti obat untuk mencapai efek samping minimal dan efektifitas maksimal

i. Usahakan biaya terapi seminimal mungkin

j. Untuk penderita yang kurang patuh, usahakan kunjungan lebih sering

k. Hubungi segera penderita, bila tidak datang pada waktu yang ditentukan.

l. Melihat pentingnya kepatuhan pasien dalam pengobatan maka sangat diperlukan sekali pengetahuan dan sikap pasien tentang pemahaman dan pelaksanaan pengobatan hipertensi.

8. Cara Pencegahan

a. Pencegahan Primer

Faktor resiko hipertensi antara lain: tekanan darah diatas rata-rata, adanya hipertensi pada anamnesis keluarga, ras (negro), tachycardi, obesitas dan konsumsi garam yang berlebihan dianjurkan untuk:

- 1) Mengatur diet agar berat badan tetap ideal juga untuk menjaga agar tidak terjadi hiperkolesterolemia, Diabetes Mellitus, dsb.
- 2) Dilarang merokok atau menghentikan merokok.
- 3) Merubah kebiasaan makan sehari-hari dengan konsumsi rendah garam.
- 4) Melakukan exercise untuk mengendalikan berat badan.

b. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dikerjakan bila penderita telah diketahui menderita hipertensi berupa:

- 1) Pengelolaan secara menyeluruh bagi penderita baik dengan obat maupun dengan tindakan-tindakan seperti pada pencegahan primer.
- 2) Harus dijaga supaya tekanan darahnya tetap dapat terkontrol secara normal dan stabil mungkin.
- 3) Faktor-faktor resiko penyakit jantung ischemik yang lain harus dikontrol.
- 4) Batasi aktivitas.

1. Perawatan Hipertensi

- a. Usahakan untuk dapat mempertahankan berat badan yang ideal (cegah kegemukan).

- b. Batasi pemakaian garam.
- c. Mulai kurangi pemakaian garam sejak dini apabila diketahui ada faktor keturunan hipertensi dalam keluarga.
- d. Tidak merokok.
- e. Perhatikan keseimbangan gizi, perbanyak buah dan sayuran.
- f. Hindari minum kopi yang berlebihan.
- g. Mempertahankan gizi (diet yang sehat seimbang).
- h. Periksa tekanan darah secara teratur, terutama jika usia sudah mencapai 40 tahun.

2. Bagi yang sudah sakit

- a. Berobat secara teratur.
- b. Jangan menghentikan, mengubah, dan menambah dosis dan jenis obat tanpa petunjuk dokter.
- c. Konsultasikan dengan petugas kesehatan jika menggunakan obat untuk penyakit lain karena ada obat yang dapat meningkatkan memperburuk hipertensi.
- d. Mengetahui tentang hipertensi dan cara merawat bukanlah kunci utama kesembuhan, kunci utamanya adalah :
 - 1) Keaktifan penderita dalam pengendalian tekanan darah.
 - 2) Penderita berusaha, petugas kesehatan membantu.
 - 3) Hubungan baik dan kerjasama penderita dan petugas kesehatan

9. Diit Hipertensi

a. Perbedaan Diit Dengan Makanan Biasa

- 1) konsumsi lemak dibatasi
- 2) konsumsi Cholesterol dibatasi
- 3) konsumsi kalori dibatasi untuk yang terlalu gemuk atau obesitas

b. Makanan Yang Boleh Dikonsumsi

1) Sumber kalori

Beras,tales,kentang,macaroni,mie,bihun,tepung-tepungan, gula.

2) Sumber protein hewani

Daging,ayam,ikan,semua terbatas kurang lebih 50 gram perhari, telur ayam,telur bebek paling banyak satu butir sehari, susu tanpa lemak.

3) Sumber protein nabati

Kacang-kacangan kering seperti tahu,tempe,oncom.

4) Sumber lemak

Santan kelapa encer dalam jumlah terbatas.

5) Sayuran

Sayuranyang tidak menimbulkan gas seperti bayam,kangkung,buncis, kacang panjang, taoge, labu siam, oyong, wortel.

6) Buah-buahan

Semua buah kecuali nangka, durian, hanya boleh dalam jumlah terbatas.

7) Bumbu

Pala, kayu manis, asam, gula, bawang merah, bawang putih, garam tidak lebih 15 gram perhari.

8) Minuman

Teh encer, coklat encer, juice buah.

c. Makanan Yang Tidak Boleh Dikonsumsi

1) Makanan yang banyak mengandung garam

a) Biscuit, krakers, cake dan kue lain yang dimasak dengan garam dapur atau soda.

b) Dendeng, abon, cornet beef, daging asap, ham, ikan asin, ikan pindang, sarden ikan teri, telur asin.

c) Keju, margarine dan mentega.

2) Makanan yang banyak mengandung kolesterol

Makanan dari hewan seperti otak, ginjal, hati, limfaden jantung.

3) Makanan yang banyak mengandung lemak jenuh

a) Lemak hewan: sapi, babi, kambing, susu jenuh, cream, keju, mentega.

b) Kelapa, minyak kelapa, margarine, alpokat.

4) Makanan yang banyak menimbulkan gas

a) Kool, sawi, lobak, dll.

d. Bagaimana Mengatur Diet

- 1) Hindari penggunaan kelapa, minyak kelapa, lemak hewan, margarine, mentega sebagai pengganti gunakan minyak kacang atau minyak jagung dalam jumlah tertentu.
- 2) Batasi penggunaan daging hingga 3 kali seminggu dengan paling banyak 50 gram tiap kali makan, makanlah ikan air tawar sebagai pengganti.
- 3) Gunakan susu skim sebagai pengganti susu penuh.
- 4) Batasi penggunaan telur hingga hanya 3 kali seminggu.
- 5) Gunakan sering tahu, tempe, dan hasil kacang-kacangan lainnya.
- 6) Batasi penggunaan gula, makanan dan minuman manis seperti sirup, coca cola, limun, permen, dodol, coklat, kolak, eskrim.
- 7) Makanlah banyak sayuran dan buah-buahan

e. Obat Tradisional Untuk Hipertensi

Banyak tumbuhan obat yang telah lama digunakan oleh masyarakat secara tradisional untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi. Hal yang perlu diinformasikan kepada masyarakat adalah cara penggunaannya, dosis, serta kemungkinan adanya efek samping yang tidak diketahui. Obat – obat tradisional tersebut diantaranya:

1) Buah Belimbing

Buah ini dapat mengontrol tekanan darah dalam keadaan normal dan juga bisa menurunkan tekanan darah bagi mereka yang sudah mengalaminya. Caranya yaitu buah belimbing yang sudah masak

diparut halus. Kemudian parutan belimbing diperas sehingga menjadi satu gelas sari belimbing. Air perasan ini diminum setiap pagi, lakukan selama tiga minggu sampai satu bulan. Setelah satu bulan sari belimbing ini dapat diminum dua hari sekali. Tidak perlu menambahkan gula pasir atau sirup pada air perasan. Bagi mereka yang sudah terlanjur menderita hipertensi, sebaiknya gunakan buah belimbing yang besar sehingga air perasannya lebih banyak.

2) Daun Seledri

Cara penggunaannya dengan menumbuk segenggam daun seledri sampai halus, saring dan peras dengan kain bersih dan halus. Air saringan usahakan satu gelas diamkan selama satu jam, kemudian diminum pagi dan sore dengan sedikit ampasnya yang ada di dasar gelas. Menurut penelitian daun seledri bisa memperkecil fluktuasi kenaikan tekanan darah.

3) Bawang Putih

Caranya dengan memakan langsung tiga siung bawang putih mentah setiap pagi dan sore hari. Pilih bawang putih yang kulitnya berwarna coklat kehitaman karena mutunya lebih baik. Jika tidak mau memakannya dalam keadaan mentah bisa direbus atau dikukus dulu. Namun karena banyak zatnya yang bisa berkhasiat yang dapat ikut larut dalam air rebusannya, sebaiknya ditambah menjadi 8 sampai 9 siung sekali makan.

4) Buah Mengkudu / Pace

Buah ini sebagai alternatif untuk menekan hipertensi. Caranya hampir sama dengan buah belimbing, yaitu dengan cara memarut halus, kemudian diperas memakai kain kassa yang bersih, diambil airnya. Minum sari mengkudu setiap pagi dan sore hari secara teratur

5) Avokad

Caranya lima daun avokad dicuci bersih, kemudian direbus dengan 4 gelas air putih. Tunggu air rebusan hingga menjadi 2 gelas, saring. Satu gelas diminum pagi hari, satu gelas lagi diminum sore hari.

6) Melon

Buah yang sudah masak dapat langsung di makan

7) Semangka

Buah yang sudah masak dapat langsung di makan

8) Mentimun

Dapat dimakan langsung, atau dapat di parut kemudian diminum

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Keperawatan gawat darurat adalah pelayanan profesional keperawatan yang diberikan pada pasien dengan kebutuhan urgen dan kritis. Namun IGD dan klinik kedaruratan sering digunakan untuk masalah yang tidak urgen yang kemudian filosofi tentang keperawatan gawat darurat menjadi luas,

ke daruratan yaitu apapun yang dialami pasien atau keluarga harus dipertimbangkan sebagai ke daruratan.

1. Sistem pelayanan gawat darurat

Pelayanan gawat darurat tidak hanya memberikan pelayanan untuk mengatasi kondisi ke daruratan yang dialami pasien tetapi juga memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi ke cemasan pasien dan keluarga. Sistem pelayanan bersifat darurat sehingga perawat dan tenaga medis lainnya harus memiliki kemampuan, keterampilan, tehnik serta ilmu pengetahuan yang tinggi dalam memberikan pertolongan ke daruratan kepada pasien (Zairifblog, 2011).

2. Triase dalam keperawatan gawat darurat

Yaitu skenario pertolongan yang akan diberikan sesudah fase keadaan pasien. Pasien-pasien yang terancam hidupnya harus diberi prioritas utama. Triase dalam keperawatan gawat darurat digunakan untuk mengklasifikasikan keparahan penyakit atau cedera dan menetapkan prioritas kebutuhan penggunaan petugas perawatan kesehatan yang efisien dan sumber-sumbernya. Standar waktu yang diperlukan untuk melakukan triase adalah 2-5 menit untuk orang dewasa dan 7 menit untuk pasien anak-anak. Triase dilakukan oleh perawat yang profesional (RN) yang sudah terlatih dalam prinsip triase, pengalaman bekerja minimal 6 bulan di bagian IGD dan memiliki kualifikasi:

- a. Menunjukkan kompetensi kegawatdaruratan
- b. Sertifikasi ATLS, ACLS, PALS, ENPC

- c. Lulus *Trauma Nurse Core Curriculum* (TNCC)
 - d. Pengetahuan tentang kebijakan intradepartemen
 - e. Keterampilan pengkajian yang tepat, dan lain-lain (Zairifblog, 2011).
3. Sistem triase

a. *Spot check*

Dua puluh lima persen (25%) IGD menggunakan sistem ini, perawat mengkaji dan mengklasifikasikan klien dalam waktu 2-3 menit.

Sistem ini memungkinkan identifikasi segera.

b. Komprehensif

A-I assesment:

1) A (*airway*)

Posisi, suara, obstruksi.

2) B (*Breathing*)

Kerja pernapasan, suara adventif, laju pernapasan, usaha, bau, dada simetris, *drooling*.

3) C (*Circulation*)

Warna kulit, suhu dan kelembapan, *capillary refill time* (CRT), laju dan kualitas dari nadi, perdarahan.

4) D (*disability*)

Tingkat aktivitas, pemikiran, ukuran pupil dan reaktivitas, keadaan emosional. Orientasi terhadap waktu, tempat dan orang.

Tingkat kesadaran AVPU.

5) E (*expose or examine*)

Buka pakaian klien untuk mengamati pernapasan; lepaskan pakaian jika diperlukan untuk memeriksa luka, ruam, gigitan atau sengatan.

6) F (*Fahrenheit*)

Periksa suhu yang sesuai.

7) G (*get vital signs*)

Kaji *blood pressure* (BP), *heart rate* (HR), *respiration rate* (RR); ukur atau estimasi berat badan klien.

8) H (*head to toe assesment*)

Bisa jadi fokus atau komplit, tergantung pada status kesehatan klien, mekanisme cedera dan kebijakan. Inspeksi, palpasi, dan auskultasi.

9) I (*inspect and isolate*)

Paparan penyakit menular, *pediculosis*, *immunocompromise*.

AVPU:

1) A=*alert*(tanda)

Klien terjaga dan dapat berbicara atau berinteraksi secara spontan.

2) V = verbal-respon untuk stimulus verbal

Sebuah stimulus verbal/lisan memunculkan beberapa respon; sebagai contoh, kedua mata klien mungkin terbuka saat anda

memanggilnya dengan suara keras, atau agitasi dapat mengurangi respon terhadap perintah.

3) P = *Pain* (nyeri-respon untuk stimulus nyeri)

Klien merespon stimulus yang menyakitkan dengan mengerang, menangis, atau penarikan dari rasa sakit.

4) U = *unresponsive* (tidak ada reaksi)

Klien menunjukkan tidak ada respon terhadap verbal/lisan atau stimulus nyeri (*School Nursing*, 2006).

PQRST (untuk nyeri):

1) *Provokes* (pemicu)

Apa yang memicu nyeri? Posisi tubuh apa yang dapat mengurangi nyeri? Bagaimana nyeri dimulai?

2) *Quality* (kualitas)

Minta pasien untuk menjelaskan sifat nyeri dengan menggunakan kata-katanya sendiri. Apakah nyeri tersebut mempunyai sifat menyakkan, meremukkan, merobek, menekan atau seperti kram?

3) *Radiation* (radiasi/penjalaran)

Di mana nyeri mulai terasa? Apakah nyeri menjalar ke tempat lain? Minta pasien untuk menunjuk di mana nyeri tersebut terasa. Nyeri yang terlokalisasi versus nyeri difus memberikan petunjuk yang memberitahukan asal nyeri.

4) *Severity* (beratnya gejala)

Minta kepada pasien untuk menentukan tingkat intensitas nyeri dengan menggunakan salah satu skala nyeri, seperti skala 1-10 atau skala *faces*. Apakah telah terjadi perubahan pada intensitas nyeri?

5) *Timing and Treatment* (waktu dan penanganan)

Apakah nyeri hilang timbul atautkah terjadi terus-menerus? Apakah anda sudah mencoba sesuatu untuk mengurangi nyeri tersebut? Kapan nyeri dimulai?

6) Ditambah dengan riwayat alergi, obat-obatan terakhir, imunisasi, haid terakhir, pola makan setelah itu baru diklasifikasikan (Oman dkk, 2008).

c. *Trise two-tier*

Sistem ini memerlukan orang kedua yang bertindak sebagai penolong kedua yang bertugas mensortirklien untuk dilakukan pengkajian lebih rinci.

d. *Triase Expanded*

Sistem ini dapat ditambahkan ke sistem komprehensif dan *two-tier* mencakup protokol penanganan:

- 1) Pertolongan pertama (bidai, kompres, rawat luka)
- 2) Pemeriksaan diagnostik
- 3) Pemberian obat
- 4) Tes lab (darah, KGD, Urinalisis, dan lain-lain)

e. *Triase Bedside*

Klien dalam sistem ini tidak diklasifikasikan triasenyanya, langsung ditangani oleh perawat yang bertugas, cepat tanpa perlu menunggu antri.

4. Kategori/klasifikasi triase

Enam puluh satu persen (61%) menggunakan 4 kategori pengambilan keputusan yaitu dengan menggunakan warna kartu/status sebagai tanda klasifikasi yaitu merah (*emergent*), kuning (*urgent*), hijau (*non urgent*), hitam (*expectant*).

a. Merah (*emergent*)

Yaitu korban-korban yang membutuhkan stabilisasi segera. Yaitu kondisi yang mengancam kehidupan dan memerlukan perhatian segera. Contoh:

- 1) Syok oleh berbagai kausa
- 2) Gangguan pernapasan
- 3) Trauma kepala dengan pupil anisokor
- 4) Perdarahan eksternal masif

b. Kuning (*urgent*)

Yaitu korban yang memerlukan pengawasan ketat, tetapi perawatan dapat ditunda sementara. Kondisi yang merupakan masalah medis yang disignifikan dan memerlukan penatalaksanaan sesegera mungkin. Tanda-tanda vital klien ini masih stabil.

Contoh:

- 1) Fraktur multipel
- 2) Fraktur femur/pelvis
- 3) Korban dengan resiko syok (korban dengan gangguan jantung, trauma, dan lain-lain)
- 4) Luka bakar luas
- 5) Gangguan kesadaran/trauma kepala
- 6) Korban dengan status yang tidak jelas.

Semua korban dengan kategori ini harus diberikan infus, pengawasan ketat terhadap kemungkinan timbulnya komplikasi dan berikan perawatan sesegera mungkin.

c. Hijau (*non urgent*)

Yaitu kelompok korban yang tidak memerlukan pengobatan atau pemberian pengobatan dapat ditunda. Penyakit atau cedera minor.

Contoh:

- 1) Fraktur minor
- 2) Luka minor
- 3) Luka bakar minor

d. Hitam (*expectant*)

Korban yang meninggal dunia atau yang berpotensi untuk meninggal dunia. Sebanyak enam persen (6%) memakai sistem empat kelas, yaitu:

- 1) Kelas I: kritis (mengancam jiwa, ekstremitas, penglihatan atau tindakan segera)

- 2) Kelas II: akut (terdapat perubahan yang signifikan, tindakan segera mungkin)
- 3) Kelas III: urgent (signifikan, tindakan pada waktu yang tepat)
- 4) Kelas IV: non urgent (tidak terdapat resiko yang perlu segera ditangani).

Sebanyak sepuluh persen (10%) digunakan sistem 5 tingkat, yaitu tingkat contoh:

- 1) Kritis segera henti jantung
- 2) Tidak stabil 5-15 menit fraktur mayor
- 3) Potensial tidak stabil 30-60 menit nyeri abdomen
- 4) Stabil 1-2 jam sinusitis
- 5) Rutin 4 jam pengangkatan jahitan (Zairifblog, 2011).

5. Pengkajian

- a. Pemeriksaan fisik: dilakukan secara *head to toe* dan sistem tubuh
- b. Riwayat atau adanya faktor-faktor resiko:
 - 1) Adakah riwayat hipertensi sebelumnya?
 - 2) Adakah pihak keluarga yang mengalami hipertensi?
- c. Adanya faktor yang menjadi predisposisi klien terhadap infeksi nosokomial
 - 1) Bagaimana dengan pemasangan kateter?
 - 2) Imobilisasi dalam waktu yang lama
 - 3) Apakah terjadi nokturia urine?

d. Pengkajian dari manifestasi klinik hipertensi

- 1) Adakah peningkatan tekanan darah?
- 2) Adakah rasa berat ditengok?
- 3) Adakah sukar tidur?
- 4) Adakah pusing/ migrain?
- 5) Adakah nyeri? Biasanya nyeri kepala pada bagian belakang
- 6) Adakah kelemahan/kelelahan?

e. Pengkajian psikologi klien:

Bagaimana perasaan klien terhadap hasil tindakan dan pengobatan yang telah dilakukan? Adakah perasaan malu atau takut kekambuhan terhadap penyakitnya? (Blogspot, 2012).

6. Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan gawat darurat adalah masalah potensial dan aktual. Tetapi perawat tetap harus mengkaji pasien secara berkala karena kondisi pasien dapat berubah terus-menerus. Diagnosis keperawatan bisa berubah atau bertambah setiap waktu. Diagnosis keperawatan yang timbul pada pasien dengan Hipertensi (Nanda, 2014), adalah:

- a. Resiko tinggi terhadap penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan *afterload*, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler iskemia miokard
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

- c. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral
- d. Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan berhubungan dengan masukan berlebihan
- e. Cemas berhubungan dengan krisis situasional sekunder adanya hipertensi yang diderita
- f. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakitnya.
- g. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kelelahan otot pernafasan

7. Intervensi (perencanaan)

Intervensi yang dilakukan sesuai dengan pengkajian dan diagnosa yang sesuai dengan keadaan pasien dan harus dilaksanakan berdasarkan skala prioritas. Prioritas ditegakkan sesuai dengan tujuan umum dari penatalaksanaan kedaruratan yaitu untuk mempertahankan hidup, mencegah keadaan yang memburuk sebelum penanganan yang pasti. Prioritas ditentukan oleh ancaman terhadap kehidupan pasien. Kondisi yang mengganggu fungsi fisiologis vital lebih diutamakan daripada kondisi luar pasien. Luka di wajah, leher dan dada yang mengganggu pernapasan biasanya merupakan prioritas tinggi.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Resiko tinggi	Setelah dilakukan tindakan	NIC

	<p>terhadap penurunan curah jantung b/d peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi/rigiditas ventrikuler, iskemia miokard</p>	<p>keperawatan selama 1x 8 jam masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi dari skala bermasalah (1) meningkat menjadi tidak bermasalah (5) dengan indikator: NOC</p> <p>1. Cardiac Pump Effectiveness</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah sistolik b. Tekanan darah diastolik c. Nadi perifer d. Ukuran jantung e. Pengeluaran urin f. Tekanan vena central (CVP) g. Ketidaknormalan suara jantung h. Mual i. Kelelahan j. Berat badan meningkat k. Sianosis l. Intoleransi aktifitas m. Penurunan kesadaran 	<p>1. Cardiac Pump Effectiveness</p> <p>1.1 Evaluasi nyeri dada (Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi)</p> <p>1.2 Dokumentasikan Distritmia jantung</p> <p>1.3 Catat tanda dan gejala penurunan kardiak output</p> <p>1.4 Monitor vital signs</p> <p>1.5 Monitor status kardiovaskuler</p> <p>1.6 Monitor status pernafasan sebagai gejala gangguan jantung</p> <p>1.7 Monitor keseimbangan cairan (intake, output, dan Bab Harian)</p> <p>1.8 Monitor hasil</p>
--	--	---	--

	<p>n.Hepatomegali</p> <p>2. Tissue Perfusion: Cerebral</p> <p>a.Tekanan Intrakranial</p> <p>b.Tekanan darah sistolik</p> <p>c.Tekanan darah diastolik</p> <p>d.Nadi carotis</p> <p>e.Kegelisahan</p> <p>f.Lesu</p> <p>g.Muntah</p> <p>h.Demam</p> <p>i.Penurunan kesadaran</p> <p>j.Kelemahan refleks saraf</p> <p>3. Vital Signs</p> <p>a.Suhu Tubuh</p> <p>b.Tekan darah sistolik</p> <p>c.Tekan darah diastolik</p> <p>d.Pernafasan</p> <p>e.Nadi</p>	<p>Laboratorium</p> <p>(Elektrolit)</p> <p>1.9 Monitor fungsi pacemaker</p> <p>1.10 Kenali perubahan tekanan darah</p> <p>1.11 Kaji respon psikologis pasien</p> <p>1.12 Evaluasi respon pasien terhadap distritmia</p> <p>1.13 Berikan terapi aritmia (aritmia/defibrilasi)</p> <p>1.14 Monitor respon pasien terhadap obat-obat anti aritmia</p> <p>1.15 Intruksikan pasien dan keluarga agar mengurangi aktivitas dan pergerakan</p> <p>1.16 Jadwalkan latihan dan istirahat secara</p>
--	--	--

			<p>teratur untuk menghindari kelelahan</p> <p>1.17 Memonitor intoleransi aktivitas pasien</p> <p>1.18 Monitor sesak nafas, kelelahan, takipnea, dan orthopnea</p> <p>1.19 Berikan dukungan pada pasien dan keluarga</p> <p>1.20 Instruksikan pasien untuk melaporkan segala ketidaknyamanan dibagian dada</p> <p>1.21 Berikan dukungan spiritual pada pasien dan keluarga</p> <p>2. Hemodynamic Regulation</p> <p>2.1 kenali adanya</p>
--	--	--	---

			<p>penurunan tekanan darah</p> <p>2.2 Auskultasi suara jantung</p> <p>2.3 Auskultasi suara nafas apakah ada crackles dan suara nafas tambahan lainnya</p> <p>2.4 Minitor dan catat heartreat, irama, dan suara</p> <p>2.5 Monitor level elektrolit</p> <p>2.6 Monitor kardiak output dan kardiak indeks</p> <p>2.7 Berikan obat-obatan inotropik</p> <p>2.8 Evaluasi efek samping obat-obatan</p> <p>2.9 Monitor denyut nadi perifer, kapilari refil</p>
--	--	--	--

			<p>time, suhu, dan warna pada ekstermitas</p> <p>2.10 Posisikan tenderbergh</p> <p>2.11 Monitor edema perifer, ristensi vena jugularis, suara bunyi jantung S3 dan S4</p> <p>2.12 Atur keseimbangan cairan dengan memberikan obat-obatan dieuretik</p> <p>2.13 Monitor intake, output, Berat badan harian</p> <p>2.14 Pemasangan kateter urine</p> <p>2.15 Minimalkan stresor lingkungan</p> <p>2.16 Berikan obat-obatan aritmia</p>
--	--	--	--

			<p>2.17 Monitor efek samping pengobatan</p> <p>2.18 Evaluasi efek samping terapi cairan</p> <p>3. Vital Signs</p> <p>3.1 Monitor tekanan darah, nadi, suhu, frekuensi pernafasn</p> <p>3.2 Catat fluktuasi tekanan darah</p> <p>3.3 Monitor tekanan darah pasien (duduk, berdiri, berbaring, sebelum dan sesudah perubahan posisi)</p> <p>3.4 Monitor tekanan darah setelah pasien diberi pengobatan, jika memungkinkan</p> <p>3.5 Monitor irama dan kualitas nadi</p> <p>3.6 Monitor suara</p>
--	--	--	---

			<p>jantung</p> <p>3.7 Monitor irama dan frekuensi pernafasan</p> <p>3.8 Monitor suara paru</p> <p>3.9 Monitor pulse oksimetri</p> <p>3.10 Monitor pola abnormal pernafasan (chyne-stroke-kussmaul-biot)</p> <p>3.11 Monitor warna kulit, suhu dan kelembaban</p> <p>3.12 Monitor dan central</p> <p>3.13 Monitor adanya clubbing finger</p> <p>3.14 Identifikasi kemungkinan perubahan vital signs</p> <p>3.15 Periksa secara periodik keakuratan alat-alat yang digunakan pasien.</p>
--	--	--	---

2	<p>Intoleransi aktivitas b/d kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.</p> <p>Definisi :</p> <p>Ketidakcukupan energi secara fisiologis maupun psikologis untuk meneruskan atau menyelesaikan aktifitas yang diminta atau aktifitas sehari hari.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melaporkan secara verbal adanya kelelahan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi dan risiko masalah (1) meningkat menjadi tidak bermasalah (5) dengan indikator :</p> <p>A. Intoleransi aktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intoleransi aktivitas 2. Saturasi oksigen saat beraktivitas 3. Denyut nadi saat beraktivitas 4. Frekuensi pernafasan saat beraktivitas 5. Kesulitan bernafas saat beraktivitas 6. Tekanan darah sistolik saat aktivitas 7. Tekanan darah diastolik saat aktivitas 	<p>1. Activity Therapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 kolaborasi dengan Tenaga rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. 1.2 Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 1.3 Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social 1.4 Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan

	<p>atau kelemahan.</p> <p>2. Respon abnormal dari tekanan darah atau nadi terhadap aktifitas</p> <p>3. Perubahan EKG yang menunjukkan aritmia atau iskemia</p> <p>4. Adanya dispneu atau ketidaknyamanan saat beraktivitas.</p> <p>Faktor faktor yang berhubungan :</p> <p>1. Tirah Baring atau imobilisasi</p> <p>2. Kelemahan menyeluruh</p> <p>3. Ketidakseimbangan</p>	<p>ivitas</p> <p>8. Menemukan masalah pada EKG</p> <p>i. Warna kulit</p> <p>j. Langkah saat berjalan kaki</p> <p>k. Distensi (jarak) melangkah</p> <p>9. Toleransi menaik tangga</p> <p>10. Kenaikan Kekuatan tubuh</p> <p>11. Penurunan Kekuatan tubuh</p> <p>12. Mengurangi untuk dilatih dan menunjukkan kekuatan aktivitas sehari</p> <p>13. Mampu berbicara saat beraktivitas</p> <p>14. Status perawat mandiri</p> <p>15. Mampu mandi</p> <p>16. Mampu memakai baju</p> <p>17. Mampu mempersiapkan makanan dan minuman untuk makan</p> <p>18. Menjaga kebersihan diri</p>	<p>1.5 Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek</p> <p>1.6 Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai</p> <p>1.7 Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang</p> <p>1.8 Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas</p> <p>1.9 Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas</p> <p>1.10 Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan</p> <p>1.11 Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual</p>
--	--	---	--

	<p>antara suplei oksigen dengan kebutuhan</p> <p>4. Gaya hidup yang bertahankan.</p>	<p>19.Menjagakebersihanmulut</p> <p>20.Toilet secaramandiri</p> <p>21.Mengelolaobat non-parenteral sendiri</p> <p>22.Mengelolaobat parenteral sendiri</p> <p>23.Melakukan pekerjaanrumahtangga</p> <p>24.Mengelolakeuanganrumahtangga</p> <p>25.Mengaturtransportasisendiri</p> <p>26.Memperolehbarang-barang rumahtangga yang diperlukan</p> <p>27.Mengakuikebutuhankeamanan di rumah</p> <p>B.Self-care : activities of daily living (ADL)</p> <p>1.Makan</p> <p>2.Berpakaian</p> <p>3.Toilet</p> <p>4.Mandi</p>	
--	--	--	--

		<p>5.Perawatan</p> <p>6.Kebersihan</p> <p>7.Kebersihan mulut</p> <p>8.Berjalan</p> <p>9.Mobilitaskursiroda</p> <p>10.Kinerja transfer</p> <p>11.Posisidiri</p>	
3	<p>Nyeri Akut b/d</p> <p>peningkatan</p> <p>tekanan vaskuler</p>	<p>- Pain Control</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan nyeri akut pasien teratasi dengan indikator:</p> <p>1. Mampu mengenali gejala nyeri.</p> <p>2. Mampu mendiskripsikan faktor penyebab dari nyeri.</p> <p>3. Mampu menggunakan catatan kecil untuk memonitor tanda dan gejala nyeri disetiap waktu.</p> <p>4. Uses preventive measure</p>	<p>1. Analgesic Administration</p> <p>1.1 Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.</p> <p>1.2 Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.</p> <p>1.3 Cek riwayat alergi.</p> <p>1.4 Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari</p>

		<p>(pencegahan nyeri).</p> <p>5. Mampu menggunakan tehnik non farmakologi Terapi relaksasi (aroma terapi Mawar) atau non analgesic untuk mengurangi nyeri.</p> <p>6. Mampu menggunakan tehnik farmakologi atau analgesic.</p> <p>7. Mampu melaporkan perubahan nyeri.</p> <p>8. Mampu melaporkan ketidakmampuan mengontrol nyeri.</p> <p>- Pain Level</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan nyeri akut pasien teratasi dengan indikator:</p> <p>1. Mampu melaporkan nyeri.</p>	<p>analgesik ketika pemberian lebih dari satu obat.</p> <p>1.5 Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratx nyeri.</p> <p>1.6 Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal.</p> <p>1.7 Pilih rute pemberian secara IV dan IM untuk pengobatan nyeri secara teratur.</p> <p>1.8 Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic.</p> <p>1.9 Berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat.</p> <p>1.10 Evaluasi efektivitas</p>
--	--	--	--

		<p>2. Mampu melaporkan rasa nyaman</p> <p>3. Mampu melaporkan nyeri secara verbal.</p> <p>4. Diaphoresis (keringat berlebih).</p> <p>5. Kehilangan nafsu makan.</p> <p>6. Irritability.</p> <p>7. Agitation.</p> <p>- Vital Sign</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan nyeri akut pasien teratasi dengan indikator:</p> <p>1. TTV pasien dalam rentang normal (TD, Temp, Pulse and RR).</p>	<p>analgesic serta tanda dan gejala.</p> <p>1.11 Evaluasi respon pasien.</p> <p>2. Environmental Management: Comfort</p> <p>2.1 Pilih suasana lingkungan yang nyaman bagi pasien, jika perlu.</p> <p>2.2 Sediakan ruangan yang bersih dan tempat tidur yang nyaman.</p> <p>2.3 Sediakan suhu ruangan yang nyaman bagi pasien.</p> <p>3. Pain Management</p> <p>3.1 Lakukan pengkajian nyeri secara</p>
--	--	---	--

			<p>komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi.</p> <p>3.2 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.</p> <p>3.3 Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</p> <p>3.4 Kaji budaya yang mempengaruhi respon nyeri pasien.</p> <p>3.5 Evaluasi pengalaman nyeri dimasa lampau.</p> <p>3.6 Evaluasi bersama pasien dan tim</p>
--	--	--	---

			<p>kesehatan lain</p> <p>tentang</p> <p>ketidakefektifan</p> <p>control nyeri dimasa</p> <p>lampau.</p> <p>3.7 Bantu pasien dan</p> <p>keluarga untuk</p> <p>mencari dan</p> <p>menemukan</p> <p>dukungan.</p> <p>3.8 Kontrol lingkungan</p> <p>yang dapat</p> <p>mempengaruhi nyeri</p> <p>seperti suhu</p> <p>ruangan,</p> <p>pencahayaannya, dan</p> <p>kebisingan.</p> <p>3.9 Kurangi faktor</p> <p>presipitasi nyeri.</p> <p>3.10 Pilih dan lakukan</p> <p>penanganan nyeri</p> <p>secara farmakologi</p> <p>atau non</p>
--	--	--	--

			<p>farmakologi atau interpersonal.</p> <p>3.11 Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.</p> <p>3.12 Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi.</p> <p>3.13 Evaluasi keefektifan control nyeri.</p> <p>3.14 Tingkatkan istirahat.</p> <p>3.15 Kolaborasikan dengan tim kesehatan lain untuk pemberian analgesic.</p> <p>3.16 Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.</p>
4	<p>Risiko</p> <p>Ketidakseimbangan</p> <p>Nutrisi: Lebih dari</p>	<p>Pengetahuan: Diet</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam</p>	<p>Mengajarkan: Diet Yang Dianjurkan</p> <p>1. Kaji pengetahuan</p>

	<p>Kebutuhan Tubuh</p>	<p>waktu...X...jam pasien akan menunjukkan pengetahuan tentang diet meningkat:</p> <p><u>1=tidak ada pengetahuan s/d</u></p> <p><u>5=pengetahuan yang sangat luas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Diet yang direkomendasikan b. Alasan untuk diet c. Keuntungan diet d. Tujuan diet e. Hubungan antara diet, latihan, dan berat f. Makanan yang diperbolehkan dalam diet g. Minuman yang diperbolehkan dalam diet h. Makanan yang harus dihindari dalam diet i. Minuman yang harus dihindari dalam diet j. Interpretasi label makanan k. Pedoman untuk 	<p>klien tentang diet yang dianjurkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tentukan diet yang signifikan kepada pasien untuk derajat kepatuhan diet yang diharapkan 3. Anjurkan pasien untuk menggunakan diet yang tepat 4. Jelaskan tujuan diet 5. Informasikan kepada pasien berapa lama diet harus diikuti 6. Anjurkan kepada pasien tentang bagaimana menjaga buku harian makanan yang sesuai 7. Ajarkan pasien tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di makan
--	------------------------	---	--

		<p>persiapan makan</p> <p>l. Praktik nutrisi sehat</p> <p>m. Perencanaan menu menggunakan pedoman diet</p> <p>n. Strategi untuk merubah kebiasaan diet</p> <p>o. Perencanaan diet untuk situasi sosial</p> <p>p. Teknik monitoring diri</p> <p>q. Potensi makanan dan interaksi obat</p> <p>Status Nutrisi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu...X...jam pasien akan menunjukkan status nutrisi yang baik:</p> <p><u>1=selisih yang parah dari nilai normal s/d 5=tidak ada selisih dari nilai normal</u></p> <p>a. Asupan gizi</p> <p>b. Asupan makanan</p>	<p>8. Informasikan pasien tentang kemungkinan interaksi antara obat-makanan yang sesuai</p> <p>9. Dampingi pasien untuk mengakomodasi makanan yang disukai ke dalam diet yang ditentukan</p> <p>10. Bantu pasien dalam menyusun bahan resep makanan favoritnya yang sesuai untuk diet yang ditentukan</p> <p>11. Anjurkan kepada pasien tentang bagaimana cara membacalabel dan memilih makanan yang tepat</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> c. Asupan cairan d. Energy e. Rasio berat/tinggi f. Hematokrit g. Massa otot h. Hidrasi 	<p>12. Amati pilihan makanan pasien yang sesuai untuk diet yang ditentukan</p> <p>13. Anjurkan pasien tentang bagaimana cara merencanakan makanan ringan yang sesuai</p> <p>14. Sediakan rencana makan tertulis yang sesuai</p> <p>15. Rekomendasikan buku masak yang mencakup resep konsisten dengan diet yang sesuai</p> <p>16. Dorong untuk mengikuti informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan lain</p> <p>17. Rujuk pasien ke ahli</p>
--	--	--	--

			<p>gizi</p> <p>18. Libatkan keluarga</p> <p>Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tanyakan pada klien tentang alergi terhadap makanan2. Tanyakan makanan kesukaan klien3. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan gizi4. Anjurkan asupan kalori yang tepat yang sesuai dengan gaya hidup5. Anjurkan peningkatan asupan protein, zat besi, dan
--	--	--	---

			<p>vitamin C yang sesuai</p> <p>6. Tawarkan untuk banyak makan buah dan minum</p> <p>7. Berikan cahaya, bubur, dan makanan lunak yang sesuai</p> <p>8. Sediakan gula pengganti yang sesuai</p> <p>9. Pastikan diet yang mencakup makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>10. Tawarkan bumbu dan rempah-rempah sebagai alternatif untuk garam</p> <p>11. Sediakan pasien dengan makanan tinggi protein, tinggi kalori, makanan</p>
--	--	--	---

			<p>kecil bernutrisi, dan minuman yang mudah dikonsumsi</p> <p>12. Sediakan pilihan makanan</p> <p>13. Atur diet dengan gaya hidup pasien</p> <p>14. Ajarkan pasien bagaimana cara membuat catatan makanan, k/p</p> <p>15. Pantau asupan makanan untuk kandungan nutrisi dan kalori</p> <p>16. Timbang BB pasien secara teratur</p> <p>17. Dorong pasien untuk memakai gigi palsu yang dipasang dengan benar dan/atau memperoleh</p>
--	--	--	---

			<p>perawatan gigi</p> <p>18. Berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana mendapatkannya</p> <p>19. Dorong persiapan makanan dan penyajian dengan teknik yang aman</p> <p>20. Tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi</p> <p>21. Bantu pasien dalam menerima bantuan dari program gizi masyarakat yang sesuai, k/p</p> <p>Monitor Nutrisi</p> <p>1. BB klien dalam interval spesifik</p> <p>2. Monitor adanya</p>
--	--	--	---

			<p>penurunan BB</p> <ol style="list-style-type: none">3. Monitor tipe dan jumlah nutrisi untuk aktivitas biasa4. Monitor respon emosi pasien saat berada dalam situasi yang mengharuskan makan5. Monitor interaksi anak dengan orang tua selama makan6. Monitor lingkungan selama makan7. Jadwalkan pengobatan dan tindakan, tidak dilakukan selama jam makan8. Monitor kulit kering: kulit terkelupas dan perubahan pigmentasi
--	--	--	--

			<p>9. Monitor turgor kulit</p> <p>10. Monitor kulit kering: rambut tipis dan mudah rontok/patah</p> <p>11. Monitor adanya bengkak pada alat pengunyah, peningkatan perdarahan, dll</p> <p>12. Monitor mual dan muntah</p> <p>13. Pantau ukuran lipatan kulit: lipatan tricep, lingkaran tengah otot lengan, dan lingkaran lengan</p> <p>14. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, Kadar Ht</p> <p>15. Monitor kadar limfosit dan elektrolit</p>
--	--	--	---

			<p>16. Monitor makanan kesukaan</p> <p>17. Monitor pertumbuhan dan perkembangan</p> <p>18. Monitor kadar energy, kelelahan dan kelemahan</p> <p>19. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan pada jaringan konjungtiva</p> <p>20. Monitor kalori dan asupan nutrisi</p> <p>21. Pantau kuku yang berbentuk sendok, rapuh, dan bergerigi</p> <p>22. Monitor kemerahan, bengkak, dan pecah-pecah pada bibir</p> <p>23. Catat adanya luka, edema, hyperemia, hipertropik papilla</p>
--	--	--	--

			<p>lidah dan cavitas oral</p> <p>24. Catat jika lidah berwarna keunguan</p> <p>25. Catat perubahan signifikan dalam status gizi, dan mulai perawatan</p> <p>26. Mulai konsultasi diet</p> <p>27. Tentukan apakah pasien perlu diet khusus</p> <p>28. Sediakan kondisi lingkungan yang optimal saat makan</p> <p>29. Sediakan makanan bernutrisi dan cairan</p>
--	--	--	--

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
5	Anxietas	<p>Anxiety level:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x jam</p>	<p>Pengurangan kecemasan (Anxiety Reduction)</p> <p>- Dengan jelas menyatakan harapan untuk pasien</p>

<p>level kecemasan pada pasien dapat berkurang dengan kriteria hasil: (Level kecemasan dari level 1 sangat berat hingga ke level 5 tidak ada masalah).</p> <ul style="list-style-type: none">a. Keresahan dan kegelisahan (level 1-5)b. Tangan memeras atau berkeringat (level 1-5)c. Keadaan yang membahayakan)level 5-1)d. Ekspresi muka yang tegang (level 1-5)e. Kegelisahan (level 1-5)f. ketegangan otot (level 1-5)g. ledakan kemarahan (level 1-5)h. masalah perilaku (level 1-5)i. kesulitan belajar (level 1-5)	
---	--

- | | | |
|--|--|--|
| | <p>j. serangan panik (level 1-5)</p> <p>k. ketakutan yang berlebih (level 1-5)</p> <p>l. kecemasan yang berlebih (level 1-5)</p> <p>m. kekhawatiran tentang peristiwa kehidupan (level 1-5)</p> <p>n. tekanan darah meningkat (level 1-5)</p> <p>o. denyut nadi meningkat (level 1-5)</p> <p>p. peningkatan tingkat pernapasan (level 1-5)</p> <p>q. berkeringat (level 1-5)</p> <p>r. pusing (level 1-5)</p> <p>s. kelelahan (level 1-5)</p> <p>t. Penurunan produktivitas (level 1-5)</p> <p>u. gangguan tidur (level 1-5)</p> <p>v. perubahan pada pola buang air besar (level 1-5)</p> <p>w. mengubah pola makan (level 1-5)</p> | |
|--|--|--|

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
6	Defisiensi Pengetahuan Batasan Karakteristik : a. Perilaku hiperbola b. Ketidakuratan mengikuti perintah c. Ketidakuratan melakukan tes d. Perilaku tidak tepat	1. Knowledge: Disease Process (Pengetahuan: Proses Penyakit) Indikator: a. Proses penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas) b. Faktor penyebab dan pendukung dengan skala 5 (pengetahuan secara luas) c. Faktor resiko dengan skala 5 (pengetahuan secara luas) d. Dampak penyakit	Health education (Pendidikan Kesehatan) 1.1 Kenali faktor internal atau eksternal yang dapat meningkatkan atau menurunkan motivasi perilaku sehat 1.2 Tentukan konteks pribadi dan sejarah sosial budaya individu, keluarga, atau komunitas perilaku sehat 1.3 Tentukan pengetahuan kesehatan saat ini dan perilaku gaya hidup individu, keluarga, dan target kelompok 1.4 Bantu individu, keluarga, dan komunitas untuk menjelaskan nilai dan kepercayaan kesehatan 1.5 Kenali karakteristik dari target populasi yang mempengaruhi strategi seleksi pembelajaran 1.6 Rumuskan tujuan dari program pendidikan kesehatan

	<p>(mis: histeria, bermusuhan, agitasi, apatis)</p> <p>e. Pengungkapan masalah</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>a. Keterbatasan kognitif</p> <p>b. Salah interpretasi informasi</p> <p>c. Kurang pajanan</p> <p>d. Kurang</p>	<p>dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>e. Tanda dan gejala penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>f. Pelajaran sederhana dari proses penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>g. Strategi untuk meminimalisir perkembangan penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>h. Komplikasi penyakit yang</p>	<p>1.7 Kenali sumber (misalnya: personal, ruang, peralatan, dan uang) yang dibutuhkan untuk mengadakan program</p> <p>1.8 Pertimbangkan aksesibilitas, pilihan konsumen, dan biaya dalam rencana program</p> <p>1.9 Letakkan secara strategis iklan yang menarik untuk mendapatkan perhatian dari masyarakat</p> <p>1.10 Hindari untuk menggunakan tehnik menakuti sebagai strategi untuk memotivasi orang lain untuk mengganti perilaku atau gaya hidup sehat</p> <p>1.11 Tekankan segera keuntungan jangka pendek kesehatan yang dapat diterima dari gaya hidup positif dari pada keuntungan jangka panjang atau dampak negatif ketidakpatuhan</p> <p>1.12 Gabungkan strategi untuk meningkatkan harga diri target masyarakat</p> <p>1.13 Kembangkan materi edukasi tertulis pada tingkat membaca yang tepat untuk target masyarakat</p>
--	--	---	--

	<p>minat dalam belajar</p> <p>e. Kurang dapat mengingat</p> <p>f. Tidak familiar dengan sumber informasi</p>	<p>potensial dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>i. Tanda dan gejala dari komplikasi penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>j. Tindakan untuk mencegah komplikasi penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>k. Dampak psikososial dari penyakit terhadap diri sendiri dengan skala 5 (pengetahuan</p>	<p>1.14 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk menolak perilaku tidak sehat atau mengambil risiko daripada menyarankan untuk menghindari atau mengganti perilaku</p> <p>1.15 Jaga penyajian yang terfokus, singkat, dan dimulai serta diakhiri pada tujuan utama</p> <p>1.16 Gunakan grup presentasi untuk menyediakan dukungan dan mengurangi ancaman terhadap peserta didik yang mengalami masalah yang sama atau perhatian yang tepat</p> <p>1.17 Gunakan dosen untuk menyampaikan jumlah maksimum informasi yang sesuai</p> <p>1.18 Gunakan grup diskusi dan aturan main untuk mempengaruhi keyakinan kesehatan, sikap, dan nilai</p> <p>1.19 Gunakan demonstrasi atau demonstrasi kembali, partisipasi, partisipasi peserta didik, dan ubah materi ketika mengajarkan kemampuan psikomotorik</p> <p>1.20 Gunakan intruksi komputer, televisi,</p>
--	--	--	---

		<p>secara luas)</p> <p>l. Dampak psikososial dari penyakit terhadap keluarga dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>m. Keuntungan dari manajemen penyakit dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>n. Tersedianya kelompok pendukung dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>o. Sumber terpercaya tentang informasi yang spesifik</p>	<p>video interaktif dan teknologi lainnya untuk menyampaikan informasi</p> <p>1.21 Gunakan telekonferensi, telekomunikasi, dan teknologi komputer untuk pembelajaran jarak jauh</p> <p>1.22 Libatkan individu, keluarga, dan kelompok dalam merencanakan dan mengimplementasikan rencana untuk perubahan gaya hidup dan perilaku sehat</p> <p>1.23 Tekankan dukungan keluarga, rekan dan komunitas untuk menyampaikan perilaku sehat</p> <p>Teaching: Disease Process (Pembelajaran: Proses Penyakit)</p> <p>1.24 Nilai tingkat pengetahuan pasien saat ini yang berhubungan dengan proses penyakit yang spesifik</p> <p>1.25 Jelaskan tentang patofisiologi penyakit dan bagaimana itu berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan tepat</p> <p>1.26 Ulas pengetahuan pasien tentang kondisinya</p> <p>1.27 Benarkan pengetahuan pasien tentang</p>
--	--	---	--

		<p>dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>2. Knowledge: Illness Care (Pengetahuan: Perawatan Penyakit)</p> <p>a. Diet yang direkomendasikan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>b. Proses penyakit yang spesifik dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>c. Tehnik konservasi energi dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)</p> <p>d. Pencegahan dan control infeksi</p>	<p>kondisinya</p> <p>1.28 Jelaskan tanda-tanda umum dan gejala penyakit dengan tepat</p> <p>1.29 Periksa bersama pasien apa yang telah dilakukannya untuk mengatasi gejalanya</p> <p>1.30 Jelaskan proses penyakit dengan tepat</p> <p>1.31 Kenali kemungkinan etiologi dengan tepat</p> <p>1.32 Berikan informasi pada pasien tentang kondisinya dengan tepat</p> <p>1.33 Kenali perubahan kondisi fisik pasien</p> <p>1.34 Bagikan keluarga atau orang yang terdekat dengan informasi perkembangan pasien</p> <p>1.35 Bagikan informasi tentang diagnosis yang tersedia dengan tepat</p> <p>1.36 Diskusikan perubahan gaya hidup yang dibutuhkan untuk mencegah komplikasi di masa mendatang dan/atau mengontrol proses penyakit</p> <p>1.37 Diskusikan pilihan terapi pengobatan</p> <p>1.38 Jelaskan alasan dibalik rekomendasi manajemen/terapi/pengobatan</p>
--	--	---	---

		dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)	1.39 Anjurkan pasien untuk mencari pilihan atau mendapatkan pilihan kedua yang sesuai
		e. Penggunaan obat resep yang tepat dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)	1.40 Jelaskan kemungkinan komplikasi kronis yang sesuai 1.41 Instruksikan pasien untuk memperkirakan agar mencegah atau meminimalkan efek samping dari pengobatan penyakit dengan tepat
		f. Menentukan aktivitas dan latihan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)	1.42 Instruksikan pasien untuk memperkirakan agar mengontrol atau meminimalkan gejala dengan tepat
		g. Prosedur pengobatan dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)	1.43 Cari kemungkinan sumber atau dukungan yang sesuai 1.44 Arahkan pasien kepada komunitas local atau kelompok pendukung yang sesuai
		h. Regimen pengobatan dengan skala 5 (pengetahuan	1.45 Instruksikan pasien dengan tanda dan gejala untuk melaporkannya ke penyedia layanan kesehatan yang sesuai 1.46 Sediakan nomor telepon yang dapat dihubungi jika terjadi komplikasi Learning Fasilitation (Fasilitas Belajar)
			1.49 Mulailah instruksi hanya setelah pasien

		secara luas)	menyatakan kesiapan belajar
		i. Sumber layanan kesehatan yang terpercaya dengan skala 5 (pengetahuan secara luas)	<p>1.50 Kenali tujuan belajar secara jelas dan dapat diukur atau diamati</p> <p>1.51 Bagikan informasi secara tepat untuk tingkat perkembangan</p> <p>1.52 Sediakan lingkungan untuk belajar</p> <p>1.53 Gunakan bahasa yang familiar</p> <p>1.54 Anjurkan partisipasi aktif dari pasien</p> <p>1.55 Siapkan materi yang ada dan terbaru</p> <p>1.56 Ulangi informasi yang penting</p> <p>1.57 Bagikan materi pembelajaran untuk mengilustrasikan hal yang penting atau informasi yang kompleks</p> <p>1.58 Jaga sesi pembelajaran yang singkat secara tepat</p> <p>1.59 Jelaskan terminology yang kurang familiar</p> <p>1.60 Hubungkan isi yang baru terhadap pengetahuan sebelumnya dengan tepat</p> <p>1.61 Kenalkan pasien kepada orang yang mengalami hal yang sama</p> <p>1.62 Hindari pengaturan pembatasan waktu</p> <p>1.63 Gunakan berbagai model pembelajaran</p>

			<p>yang sesuai</p> <p>1.64 Gunakan demonstrasi dan demonstrasi kembali secara tepat</p> <p>1.65 Sediakan kesempatan untuk berlatih dengan tepat</p> <p>1.66 Sediakan feedback berkala tentang perkembangan belajar</p> <p>1.67 Koreksi kesalahpahaman informasi dengan tepat</p> <p>1.68 Sediakan waktu bagi pasien untuk bertanya dan berdiskusi</p> <p>1.69 Jawab pertanyaan dengan jelas</p>
--	--	--	---

No.	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
7	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan:	Status Pernapasan: Kepatenan Jalan Napas	1. Manajemen Jalan Napas 1.1 Buka jalan napas, menggunakan tehnik chin lift atau jaw thrust.

	<p>-kelelahan</p> <p>-hiperventilasi</p> <p>-syndrome</p> <p>hipoventilasi</p> <p>-nyeri</p> <p>-kelelahan otot</p> <p>pernapasan</p>	<p>Indikator:</p> <p>a. Frekuensi pernapasan</p> <p>b. Irama pernapasan</p> <p>c. Kedalaman inspirasi</p> <p>d. Kemampuan untuk membersihkan secret</p> <p>(1)Penyimpangan berat dari rentang normal</p> <p>(2)Penyimpangan yang substasial dari rentang normal</p> <p>(3)Penyimpangan sedang dari rentang normal</p> <p>(4)Penyimpangan ringan dari rentang normal</p> <p>(5)Tidak ada</p>	<p>1.2 Posisikan pasien untuk memaksimalkan potensi ventilasi.</p> <p>1.3 Identifikasi kebutuhan aktual pasien/potensi penyisipan jalan napas.</p> <p>1.4 Pasang oral atau nasopharyngeal airway.</p> <p>1.5 Lakukan terapi fisik dada.</p> <p>1.6 Keluarkan sekret dengan menganjurkan batuk atau dengan suction</p> <p>1.7 Anjurkan bernapas dalam dan pelan; dan batuk</p> <p>1.8 Instruksikan bagaimana batuk efektif</p> <p>1.9 Bantu dengan spirometer insentif</p> <p>1.10 Auskultasi suara napas, tidak ada area penurunan atau tidak ada ventilasi dan adanya suara yang baik</p> <p>1.11 Lakukan suction pada endotracheal atau nasotracheal</p> <p>1.12 Aturpenggunaan bronchodilator</p>
--	---	---	--

		<p>penyimpangan dari rentang normal</p> <p>Status Pernapasan:</p> <p>Ventilasi</p> <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi pernapasan b. Irama pernapasan c. Kedalaman inspirasi d. Suara perkusi e. Tidal volume f. Kapasitas vital paru g. Temuan hasil X-ray dada h. Tes fungsi paru <p>(1)Penyimpangan berat dari rentang normal</p> <p>(2)Penyimpangan</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1.13 Ajarkan pasien bagaimana menggunakan inhaler yang diresepkan 1.14 Atur terapi aerosol 1.15 Atur terapi nebulizer ultrasonic 1.16 Atur kelembapan udara atau oksigen 1.17 Keluarkan benda asing dengan McGill forceps 1.18 Atur intake cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan 1.19 Posisikan untuk mengurangi dyspnea 1.20 Monitor pernapasan dan status oksigenasi <p>2. Ventilasi Mekanis</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor kelelahan otot pernapasan 2.2 Monitor kejadian gagal napas 2.3 Konsul dengan tim kesehatan lain dalam memilih mode ventilator 2.4 Monitor secara rutin setting ventilator
--	--	---	--

		<p>yang substasial dari rentang normal</p> <p>(3)Penyimpangan sedang dari rentang normal</p> <p>(4)Penyimpangan ringan dari rentang normal</p> <p>(5)Tidak ada penyimpangan dari rentang normal</p> <p>Tanda-tanda Vital</p> <p>Indikator:</p> <p>a. Suhu tubuh</p> <p>b. Denyut jantung apikal</p> <p>c. Irama jantung apikal</p> <p>d. Denyut nadi radial</p> <p>e. Frekuensi</p>	<p>2.5 Cek semua koneksi ventilator secara teratur</p> <p>2.6 Gunakan teknik aseptik</p> <p>2.7 Monitor tekanan ventilator dan suara napas</p> <p>2.8 Lakukan fisioterapi dada</p> <p>2.9 Lakukan suction berdasarkan pada suara napas dan atau peningkatan tekanan inspirasi</p> <p>2.10 Berikan perawatan oral secara rutin</p> <p>3. Memonitor Tanda-tanda Vital</p> <p>3.1 Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan</p> <p>3.2 Monitor tekanan darah setelah pemberian obat</p> <p>3.3 Monitor irama dan frekuensi denyut jantung</p> <p>3.4 Monitor suara jantung</p> <p>3.5 Monitor irama dan frekuensi pernapasan</p> <p>3.6 Monitor suara paru</p>
--	--	---	---

	<p>pernapasan</p> <p>f. Irama pernapasan</p> <p>g. Tekanan darah sistolik</p> <p>h. Tekanan darah diastolik</p> <p>i. Tekanan nadi</p> <p>j. Kedalaman inspirasi</p> <p>(1)Penyimpangan berat dari rentang normal</p> <p>(2)Penyimpangan yang substasial dari rentang normal</p> <p>(3)Penyimpangan sedang dari rentang normal</p> <p>(4)Penyimpangan ringan dari rentang normal</p> <p>(5)Tidak ada</p>	<p>3.7 Monitor pulse oximetry</p> <p>3.8 Monitor ketidaknormalan pola napas</p> <p>3.9 Monitor cyanosis sentral dan perifer</p> <p>3.10 Identifikasi kemungkinan penyebab perubahan tanda-tanda vital</p>
--	--	---

		penyimpangan dari rentang normal	
--	--	-------------------------------------	--

8. Pelaksanaan

- a. Memelihara jalan napas dan menyediakan ventilasi yang adekuat, melakukan resusitasi pada saat dibutuhkan. Kaji cedera dan obstruksi jalan nafas
- b. Kontrol perdarahan dan konsekuensinya
- c. Evaluasi dan pemulihan curah jantung
- d. Mencegah dan menangani syok, memelihara sirkulasi
- e. Mendapatkan pemeriksaan fisik secara terus menerus, keadaan cedera atau penyakit yang serius dari pasien tidak statis
- f. Menentukan apakah pasien dapat mengikuti perintah, evaluasi, ukuran dan aktivitas pupil dan respon motoriknya
- g. Mulai pantau EKG, jika diperlukan
- h. Lakukan penatalaksanaan jika ada dugaan fraktur servikal dengan cedera kepala
- i. Melindungi luka dengan balutan steril
- j. Periksa apakah pasien menggunakan kewaspadaan medik atau identitas mengenai alergi dan masalah kesehatan lain
- k. Mulai mengisi alur tanda vital, tekanan darah dan status neurologik untuk mendapatkan petunjuk dalam mengambil keputusan

1. Terlebihnya mengikuti intervensi yang direncanakan sesuai diagnosa yang diangkat.

9. Evaluasi

Setelah mendapat pertolongan adekuat, vital signdievaluasi secara berkala, setelah itu konsulkan dengan dokteratau bagian diagnostik untuk prosedur berikutnya, jika kondisi mulai stabil pindahkan keruangan yang sesuai.

10. Dokumentasi keperawatan

Apa yang telah dilakukan oleh perawat/tim untuk ditulis pada status gawat darurat klien, termasuk hasil pengkajian yang ditemukan, trias dengan warna apa, tindakan keperawatan apa yang sudah dilakukan, tindakan medis apa saja yang sudah dilakukan, pengobatan apa saja yang sudah diberikan, evaluasi.

C. Intervensi Inovasi

Menurut *International Association for the Study of Pain* (1990) dalam Omans,dkk 2008) mengatakan nyeri merupakan “pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan, berhubungan dengan kerusakan jaringan yang potensial atau aktual, atau yang dideskripsikan dalam istilah kerusakan yang sejenis.” Nyeri merupakan salah satu sebab utama mengapa seseorang mengunjungi UGD. Nyeri yang tidak mereda akan mempengaruhi kualitas kehidupan dalam kerangka kerja hasil pembangunan dan multidimensi mencakup berikut ini: fisiologis, sensoris, afektif, kognitif, perilaku, sosial budaya, dan lingkungan.

Nyeri akut umumnya diklasifikasikan sebagai nyeri yang berlangsung singkat atau yang lamanya dapat diperkirakan, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, dan akan mereda ketika terjadi proses penyembuhan. Nyeri kronis akan bertambah parah dan semakin meningkat intensitasnya bersamaan dengan berjalannya waktu (Omandkk, 2008).

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis di UGD

TIPE NYERI	KARAKTERISTIK	PENYEBAB
Akut	<ul style="list-style-type: none"> • Bertujuan sebagai tanda peringatan • Terjadi setelah cedera pada tubuh • Menghilang setelah beberapa saat • Dapat disertai tanda obyektif dari aktivitas sistem saraf otonom • Biasanya memiliki penyebab tunggal dan dapat dilihat • Derajat dan intensitasnya “masuk akal” berdasarkan cedera atau proses penyakit yang baru terjadi • Ansietas sering terjadi 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma • Pembedahan • Infeksi • Fraktur • Pankreatitis • Obstruksi usus
Kronis	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak memiliki tujuan • Memburuk/bertambah parah dengan berjalannya waktu • Jarang disertai gejala dari sistem saraf simpatis • Derajat dan intensitasnya tidak masuk akal • Biasanya memiliki lebih dari satu penyebab • Sering terjadi frustrasi dan 	<ul style="list-style-type: none"> • Maligna • Kanker • HIV/AIDS • Nonmaligna • Nyeri punggung bawah • Anemia sel sabit • Arthritis reumatoid • Osteoarthritis • Nyeri panggul • Diabetes

	depresi	• Migrain
--	---------	-----------

Tabel 2.2 Tipe Nyeri yang Ditemukan di UGD

TIPE NYERI	KATA_KATA YANG DIGUNAKAN UNTUK MENYATAKAN NYERI	ETIOLOGI	CONTOH	TERAPI
Neuropatik	Nyeri seperti terbakar, tertembak, mati rasa, menyebar, tertusuk benda tajam, panas, seperti “terbakar” dan tersengat listrik	Kerusakan sistem saraf tepi atau pusat	Neuralgia postherpetik, neuropati perifer akibat sekunder diabetes, HIV, kanker dan penanganannya (radiasi, kemoterapi), nyeri panggul kronis, fibromialgia, distrofi simpatik refleks (<i>reflex sympathetic dystrophy</i> , RSD)	Antidepresan, antikonvulsan, benzodiazepin ± opioid
Viseral (lokasinya tidak jelas)	Nyeri seperti diremas, kram, tertekan, distensi, seperti rasa bengkak, teregang, tumpul	Nyeri terjadi pada organ yang dalam dan sering menjalar di sepanjang dermatom saraf	Obstruksi usus, oklusi darah vena, iskemia, pasca pembedahan toraks atau abdomen, asites, nyeri dada, kista ovarii, apendisitis	Opioid (gunakan dengan hati-hati pada pasien obstruksi usus)

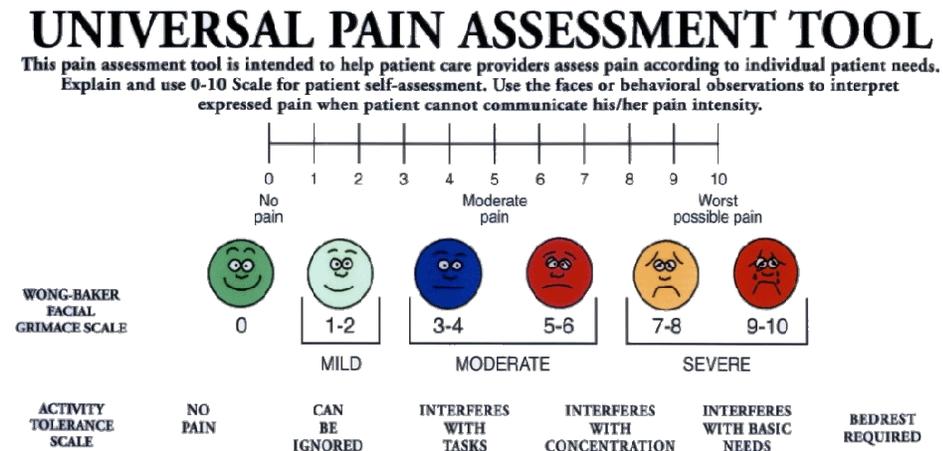
Somatik (lokasinya jelas)	Sakit, berdenyut	Inflamasi pada kulit atau jaringan yang dalam, atau cedera tulang	Penyakit sendi degeneratif, metastase kanker pada tulang	NSAID, relaksan otot, ± opioid
---------------------------------	------------------	--	--	--------------------------------------

Standar *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization's* (JCAHO) yang dipublikasikan meminta rumah sakit dan lembaga pelayanan kesehatan lainnya untuk mengakui hak pasien terhadap pengkajian serta penanganan nyeri yang tepat, untuk mengkaji nyeri pada semua pasien, dan untuk mencatat hasil-hasil pengkajian dengan baik dan benar. Berikut pengkajian nyeri harus mencakup lima komponen penting, diantaranya:

1. Kata-kata yang digunakan untuk menjelaskan nyeri
2. Intensitas nyeri yang dinyatakan pada skala 0 hingga 10
3. Lokasi nyeri
4. Durasi atau lamanya nyeri
5. Faktor yang memperburuk dan meredakan nyeri.

Pengkajian nyeri belum lengkap jika pasien belum ditanya tentang keberadaan gejala atau efek samping yang berkaitan dengan nyeri atau penanganannya. Gejala atau efek samping ini mencakup rasa mual serta muntah, penurunan selera makan, konstipasi, pruritis, konfusi, sedasi dan retensi urine. Selain itu, pertanyaan bagaimana nyeri mempengaruhi aktivitas pasien sehari-hari, pendekatan farmakologis serta nonfarmakologis yang sudah dilakukan (apakah pendekatan ini bermanfaat atau tidak), dan

bagaimana pengetahuan pasien tentang etiologi nyeri, semua ini sangat berguna dalam menentukan cara penanganan (Oman dkk, 2008).



Gambar 2.3 Pengkajian Nyeri Secara Umum (Mc.Caffery, dalam Bakery, 2002)

Aromaterapi adalah salah satu teknik pengobatan atau perawatan menggunakan bau-bauan yang menggunakan minyak esensial aromaterapi. Proses ekstraksi (penyulingan) minyak esensial ini secara umum dapat dilakukan dengan tiga cara, yaitu penyulingan dengan dengan air (direbus), penyulingan dengan air dan uap (dikukus), dan penyulingan dengan uap (diuapkan). Salah satu aroma yang paling digemari adalah Mawar. Kandungan utama dari bunga Mawar adalah geraniol ($C_{10}H_{18}O$) dan sitronellol ($C_{10}H_{20}O$). Geraniol, 3,7-dimethyl-2,6-octadien-1-ol atau sering disebut juga sebagai rhodinol adalah salah satu senyawa monoterpenoid dan alkohol dengan formula $C_{10}H_{18}O$. Merupakan komponen utama dari minyak rose. Geraniol dijumpai juga pada tanaman geranium dan jeruk. Senyawa ini tidak dapat larut dalam air, tetapi larut dalam bahan pelarut organik yang

umum. Baunya menyengat dan sering digunakan sebagai parfum. Sitronellol, 3,7-dimethyloct-6-en-1-ol, atau sering disebut juga dihydrogeraniol adalah suatu monoterpenoid alami dengan formula $C_{10}H_{20}O$ yang diperoleh dari minyak sitronella. Minyak sitronella atau yang sering disebut grassa, berasal dari tumbuhan *Cymbopogon nardus* yang merupakan tumbuhan asli India dan Asia Tenggara. Untuk mendapatkan minyak ini diproses melalui destilasi daun *Cymbopogon nardus* atau *C. winterianus* hingga didapatkan minyak yang berwarna kuning terang. Sitronellol adalah kandungan aktif utama yang berperan pada efek anti cemas (relaksasi) pada Mawar. Menurut hasil dari beberapa jurnal penelitian, didapatkan kesimpulan bahwa minyak esensial dari bunga mawar dapat memberikan manfaat relaksasi (*carminative*), menurunkan tekanan darah, sedatif, mengurangi tingkat kecemasan, anti phlogistic (meredakan demam dan peradangan), anti septik (mengobati luka dan melindungi dari infeksi), meringankan gejala menstruasi, sebagai obat penenang, obat asam lambung dan mampu memperbaiki *moods* seseorang (AP, 2013).

D. Penelitian Terkait

1. Penulis sebelumnya sudah pernah membaca tentang penelitian yang dilakukan oleh saudara Ni Made Kenia dan Dian Taviyanda (2013) tentang “Pengaruh Relaksasi Aromaterapi Mawar Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi” dengan responden terdiri dari 44 orang lansia hipertensi. Penelitian ini menggambarkan tentang aromaterapi Mawar yang berpengaruh dalam perubahan tekanan darah pada lansia

hipertensiditandai dengan penurunan nilai rata-ratasebelum dan sesudah diberikan aromaterapi Mawar.

2. Penelitian yang dilakukan oleh AP (2013) tentang“Aromaterapi Mawar Sebagai Media Relaksasi” yang menjelaskan bahwa aromaterapi adalah salah satu teknik pengobatan atau perawatan menggunakan bau-bauan yang menggunakan minyak esensial aromaterapi. Proses ekstraksi (penyulingan) minyak esensial ini secara umum dapat dilakukan dengan tiga cara, yaitu penyulingan dengan dengan air (direbus), penyulingan dengan air dan uap (dikukus), dan penyulingan dengan uap (diuapkan). Salah satu aroma yang paling digemari adalah Mawar. Kandungan utama dari bunga Mawar adalah geraniol ($C_{10}H_{18}O$) dan sitronellol ($C_{10}H_{20}O$). Sitronellol adalah kandungan aktif utama yang berperan pada efek anti cemas (relaksasi) pada Mawar. Menurut hasil dari beberapa jurnal penelitian, didapatkan kesimpulan bahwa minyak esensial dari bunga Mawar dapat memberikan manfaat relaksasi (*carminative*), sedatif, mengurangi tingkat kecemasan, memberikan rasa nyaman, tenang dan mampu memperbaiki *mood* seseorang.

Mekanisme kerja perawatan aromaterapi dalam tubuh manusiaberlangsung melalui dua sistem fisiologis, yaitu sirkulasi tubuh dan sistem penciuman.Wewangian dapat mempengaruhi kondisipsikis, daya ingat, dan emosi seseorang. Essensial oil rosemerupakan jenis aroma terapi yang dapat digunakan untuk membantu meringankan depresi, frigiditas, ketegangan syaraf, sakit kepala dan insomnia (Sharma, 2009). Zat yang

terkandung dalam essential oil rose salah satunya adalah linalool yang berguna untuk menstabilkan sistem saraf sehingga dapat menimbulkan efek tenang bagi siapapun yang menghirupnya (Wong, 2010). Pada saat aromaterapi essential oil rose dihirup molekul yang mudah menguap akan membawa unsur aromatic yang terkandung didalamnya (geraniol & linalool) ke puncak hidung dimana silia-silia muncul dari sel-sel reseptor. Apabila molekul-molekul menempel pada rambut-rambut tersebut, suatu pesan elektrokimia akan ditransmisikan melalui saluran olfaktori ke dalam sistem limbik. Hal ini akan merangsang memori dan respon emosional. Hipotalamus yang berperan sebagai regulator akan memunculkan pesan yang harus disampaikan ke otak.

BAB III. LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA.....	90
A. Pengkajian Kasus	90
B. Masalah Keperawatan	94
C. Intervensi Keperawatan.....	89
D. Intervensi Inovasi	105
E. Implementasi dan Evaluasi.....	106
BAB IV. ANALISA SITUASI.....	113
A. Profil Lahan Praktik	113
B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait.....	114
C. Analisa Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait	116
D. Alternatif Pemecahan yang Dapat dilakukan	117

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan Hipertensi dapat disimpulkan bahwa penulis telah mengkaji klien dan mendapat data sesuai dengan keluhan klien diantaranya yaitu, data subyektif “klien mengatakan nyeri di bagian kepala belakang, dirasakan seperti ditusuk-tusuk, hilang timbul, skala nyeri 0-3 (0-10)”, dan data obyektif “klien lemas, meringis kesakitan.
2. Dari data tersebut penulis merumuskan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
1.	Nyeri Akut b/d peningkatan tekanan vaskuler	<p>- Pain Control</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan nyeri akut pasien teratasi dengan indikator:</p> <p>9. Mampu mengenali gejala nyeri.</p> <p>10. Mampu mendiskripsikan faktor penyebab dari nyeri.</p> <p>11. Mampu menggunakan catatan kecil untuk memonitor tanda dan gejala nyeri disetiap waktu.</p> <p>12. Uses preventive measure (pencegahan nyeri).</p>	<p>4. Analgesic Administration</p> <p>1.12 Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.</p> <p>1.13 Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.</p> <p>1.14 Cek riwayat alergi.</p> <p>1.15 Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu obat.</p> <p>1.16 Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratx nyeri.</p> <p>1.17 Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian dan dosis</p>

		<p>13. Mampu menggunakan tehnik non farmakologi Terapi relaksasi (aroma terapi Mawar) atau non analgesic untuk mengurangi nyeri.</p> <p>14. Mampu menggunakan tehnik farmakologi atau analgesic.</p> <p>15. Mampu melaporkan perubahan nyeri.</p> <p>16. Mampu melaporkan ketidakmampuan mengontrol nyeri.</p> <p>- Pain Level</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan</p>	<p>optimal.</p> <p>1.18 Pilih rute pemberian secara IV dan IM untuk pengobatan nyeri secara teratur.</p> <p>1.19 Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic.</p> <p>1.20 Berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat.</p> <p>1.21 Evaluasi efektivitas analgesic serta tanda dan gejala.</p> <p>1.22 Evaluasi respon pasien.</p> <p>5. Environmental Management: Comfort</p> <p>2.4 Pilih suasana lingkungan yang nyaman bagi pasien,</p>
--	--	--	---

		<p>selama ... x ... jam diharapkan nyeri akut pasien teratasi dengan indikator:</p> <p>8. Mampu melaporkan nyeri.</p> <p>9. Mampu melaporkan rasa nyaman</p> <p>10. Mampu melaporkan nyeri secara verbal.</p> <p>11. Diaphoresis (keringat berlebih).</p> <p>12. Kehilangan nafsu makan.</p> <p>13. Iritability.</p> <p>14. Agitation.</p> <p>- Vital Sign</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan nyeri akut pasien teratasi dengan</p>	<p>jika perlu.</p> <p>2.5 Sediakan ruangan yang bersih dan tempat tidur yang nyaman.</p> <p>2.6 Sediakan suhu ruangan yang nyaman bagi pasien.</p> <p>6. Pain Management</p> <p>3.17 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi.</p> <p>3.18 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.</p> <p>3.19 Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui</p>
--	--	--	---

		<p>indikator:</p> <p>2. TTV pasien dalam rentang normal (TD, Temp, Pulse and RR).</p>	<p>pengalaman nyeri pasien.</p> <p>3.20 Kaji budaya yang mempengaruhi respon nyeri pasien.</p> <p>3.21 Evaluasi pengalaman nyeri dimasa lampau.</p> <p>3.22 Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri dimasa lampau.</p> <p>3.23 Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</p> <p>3.24 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan</p>
--	--	---	--

			<p>kebisingan.</p> <p>3.25 Kurangi faktor presipitasi nyeri.</p> <p>3.26 Pilih dan lakukan penanganan nyeri secara farmakologi atau non farmakologi atau interpersonal.</p> <p>3.27 Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.</p> <p>3.28 Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi relaksasi Aroma terapi Mawar.</p> <p>3.29 Evaluasi keefektifan control nyeri.</p> <p>3.30 Tingkatkan istirahat.</p> <p>3.31 Kolaborasikan dengan tim kesehatan lain untuk pemberian</p>
--	--	--	---

			<p>analgesic.</p> <p>3.32 Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.</p>
--	--	--	--

3. Sedangkan intervensi keperawatannya adalah lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, ajarkan tentang teknik nonfarmakologi: relaksasi napas dalam menggunakan aromaterapi Mawar, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, monitor vital sign
4. Implementasi yang dilakukan untuk mengurangi nyeri pada klien antara lain melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, mengajarkan tentang teknik nonfarmakologi: relaksasi napas dalam menggunakan aromaterapi mawar, mengontrol lingkungan yang dapat

mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, memonitor vital sign

5. Setelah penulis melakukan tindakan sesuai dengan rencana yang sudah disusun sebelumnya, maka pada tahap akhir penulis mengevaluasi keadaan klien dengan menggunakan metode SOAP, setelah tindakan dilakukan hasilnya masalah nyeri akut teratasi sebagian dan skala nyeri berkurang
6. Analisa terhadap kondisi klien merupakan nyeri kepalabagian belakang, skala nyeri 3, dan terasa ditusuk-tusuk dengan terapi adekuat di rumah sakit. Nyeri disebabkan karenapeningkatan tekanan vaskuler serebral yang diakibatkan adanya tekanan darah yang meningkat. Setelah 1x8 jam masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian karena beberapa tindakan yang dilakukan sesuai dengan kriteria hasil sehingga penulis memutuskan untuk mempertahankan intervensi.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan agar dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit-penyakit dalam keperawatan, salah satunya Hipertensi dan juga meningkatkan kemampuan dalam membuat asuhan keperawatan yang baik dan benar

2. Bagi tenaga kesehatan

Diharapkan bagi tenaga kesehatan agar menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai dengan teori dalam

memberikan asuhan keperawatan kepada klien, sehingga klien akan mendapatkan pelayanan yang holistik dan komprehensif

3. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) di berbagai rumah sakit

4. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas dan profesional, guna terciptanya perawat-perawat yang profesional, terampil, cekatan, dan handal dalam memberikan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

AP, Iga Prima Dewi. (2013). Aromaterapi Mawar sebagai media relaksasi. download.portalgaruda.org/article.php?article=14456&val=970. Diakses pada 20 Agustus 2015 pukul 12.40 wita

Ni Made Kenia, Dian Taviyanda. (2013). Pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi

M. Ridho, Ari Saputra. (2013). Pengaruh aroma terapi Mawar terhadap penurunan tekanan darah pada lanjut Usia Hipertensi Di desa Sei Bendung Laut Kabupaten Mempawah Jurnal Keperawatan Soedirman, 8, (2)

Leila Nisani, Hamid Haghani. (2014). Efek Perbandingan Aroma terapi Mawar dengan merendam kaki memakai air panas dalam menurunkan kecemasan pada pasien ibu hamil kala satu. Diakses pada 17 Agustus 2015

Mansjoer, Arif dkk. (2000). Kapita selekta kedokteran edisi ketiga jilid 1. Jakarta: Media Aesculapius

NANDA International. (2012). Diagnosis keperawatan definisi dan klasifikasi 2012-2014 editor T. Heather Herdman edisi bahasa Indonesia. Jakarta: EGC

Nursalam. (2011). Proses dan dokumentasi keperawatan: konsep dan praktik. Jakarta: Salemba Medika

Oman, dkk. (2008). Panduan belajar keperawatan emergensi. Jakarta: EGC

Potter, Patricia A. (2005). Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik. Jakarta: EGC

Smeltzer. (2001). Hipertensi <http://medichospital.com/UTI>. Diakses 2015

<http://zairifblog.blogspot.com/2011/01/konse-konsep-dasar-keperawatan-gawat.html>. Diakses pada 20 Agustus 2015

http://asuhankeperawatanonline.blogspot.com/2012/02/asuhan-keperawatan-pada-klien-dengan_4754.html. Diakses pada 20 Agustus 2015

<http://padriberkata.blogspot.com/2012/03/macam-tindakan-non-farmakologi-untuk.html>. Diakses pada 20 Agustus 2015