

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### **1. Definisi**

Hipertensi merupakan suatu kondisi yang dialami oleh seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah di atas rentang normal yang dapat mengakibatkan kesakitan (morbiditas) bahkan kematian (mortalitas). Hipertensi adalah tekanan darah yang sangat tinggi pada pembuluh darah, pembuluh inilah yang membawa darah dari jantung dan mendistribusikannya ke seluruh jaringan dan organ tubuh (Aryantiningsih & Silaen, 2018).

Penyakit yang dikenal sebagai hipertensi terjadi ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat. Kemampuan darah untuk membawa nutrisi dan oksigen ke jaringan tubuh yang membutuhkannya dapat terhambat akibat hipertensi, hal ini dapat menimbulkan gejala lebih lanjut pada organ target yang dapat menyebabkan kerusakan organ target yang lebih parah dan bahkan kematian (Kayce Bell & June Twiggs, 2018).

##### **2. Etiologi**

Biasanya hipertensi tidak diketahui penyebabnya secara spesifik. Respon terhadap peningkatan tekanan perifer menyebabkan hipertensi terjadi. Namun terjadinya hipertensi dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- a. Keturunan atau genetik, respon neurologi terhadap stres atau perubahan cara tubuh mengeluarkan atau mengangkut Na.
- b. Obesitas, dikaitkan dengan peningkatan kadar insulin yang dapat meningkatkan tekanan darah.
- c. Stres karena tekanan lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan aterosklerosis pada lansia dan pelebaran pembuluh darah (Aspiani dalam Sari, 2020)

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibedakan menjadi 2 golongan :

- a. Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui. Sekitar 95% orang mengalami hipertensi primer ini. Berikut beberapa faktor yang menyebabkan hipertensi primer.

- 1) Faktor keturunan

Dari data statistik, risiko seseorang mengalami tekanan darah tinggi meningkat jika orang tuanya memiliki riwayat penyakit hipertensi.

- 2) Ciri perseorangan

Karakteristik individu yang mempengaruhi berkembangnya hipertensi adalah usia (semakin bertambahnya usia, tekanan darah meningkat), jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi daripada perempuan), dan ras (kulit hitam lebih banyak daripada kulit putih)

### 3) Kebiasaan hidup

Asupan garam tinggi (lebih dari 30g), obesitas atau makan secara berlebihan, merokok, konsumsi alkohol, stres, dan penggunaan obat-obatan (efedrin, prednison, epinefrin) merupakan faktor gaya hidup yang dapat menyebabkan hipertensi.

#### b. Hipertensi sekunder

Salah satu jenis hipertensi sekunder yang memiliki akibat yang jelas adalah hipertensi vaskuler renal yang berkembang sebagai akibat dari penyempitan arteri renalis. Kondisi ini dapat diturunkan atau akibat penyempitan arteri renalis yang mengurangi aliran darah ke ginjal dan mengaktifkan baroreseptor ginjal, merangsang pelepasan renin dan menghasilkan angiotensin II. Angiotensin II meningkatkan sintesis aldosteron dan reabsorpsi natrium secara tidak langsung, sedangkan peningkatan tekanan darah terjadi secara langsung. Tekanan darah akan kembali normal jika penyempitan dapat diperbaiki atau jika ginjal yang tidak berfungsi diangkat (Aspiani dalam Sari, 2020).

### 3. Tanda dan Gejala

Manifestasi klinis hipertensi dibedakan menjadi dua yaitu hipertensi tanpa adanya gejala dan hipertensi dengan gejala yang lazim muncul (Nurarif & Kusuma dalam Kayuningtyas, 2020) :

a. Tidak ada gejala

Selain penentuan atau pengukuran tekanan darah oleh dokter, tidak ada gejala khusus yang dapat dikaitkan dengan peningkatan tekanan darah. Dengan demikian, jika tekanan darah tidak diukur maka hipertensi tidak dapat diidentifikasi.

b. Gejala yang lazim

Beberapa pasien yang mengalami hipertensi mengeluhkangejala-gejala sebagai berikut :

1) Mengeluh sakit kepala dan pusing, hal ini dikarenakan terjadinya peningkatan tekanan darah sehingga tekananintrakranial naik.

a) Definisi nyeri

Nyeri merupakan perasaan sensorik dan emosional negatif yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang ada atau kemungkinan rusak atau digunakan untuk menjelaskan adanya kerusakan jaringan (Kurniawan, 2015).

b) Klasifikasi nyeri

Pengalaman nyeri setiap orang berbeda-beda. Nyeri dipengaruhi oleh adanya rasa takut, marah, cemas, sedih, putus asa, dan lelah. Salah satu metode untuk mengklasifikasikan nyeri adalah berdasarkan durasi nyeri (akut, kronis), berdasarkan patofisiologinya (nyeri noisepatif, nyeri neuropatik), dan berdasarkan etiologi atau penyebabnya (viseral, somatik).

- (1) Nyeri akut, dikaitkan dengan cedera jaringan untuk waktu yang terbatas. Umumnya setelah operasi atau pembedahan, nyeri akut ini dapat berlangsung hingga 7 hari.
- (2) Nyeri kronik, dialami pasien dalam jangka waktu 1-6 bulan dan diklasifikasikan sebagai malignan atau non malignan. Nyeri kronik malignan biasanya memiliki kelainan patologis dan berhubungan dengan penyakit terminal termasuk kanker, kegagalan organ stadium akhir, atau infeksi HIV. Nyeri kronik non malignant (nyeri punggung, migrain, arthritis, neuropati diabetik) seringkali tidak memiliki kelainan patologis yang dapat dilihat, dan terapi akan lebih sulit jika terjadi perubahan neuroplastik di daerah sekitarnya (kornu dorsalis dan medula spinalis).
- (3) Nyeri noisepatif, adalah nyeri yang bersifat inflamasi dan disebabkan oleh rangsangan suhu, mekanik, dan kimia yang mengaktifkan nosiseptor perifer (saraf yang bertanggung jawab atas rangsangan nyeri). Analgesik opioid atau non-opioid biasanya bekerja untuk meredakan nyeri noisepatif.
- (4) Nyeri neuropatik, nyeri biasanya digambarkan seperti rasa terbakar dan menusuk yang disebabkan oleh

kerusakan neural pada saraf pusat maupun pada sistem saraf perifer, yang terdiri dari jalur saraf aferen pusat dan perifer. Analgesik opioid sering memiliki efek buruk pada pasien dengan nyeri neuropatik.

(5) Nyeri viseral, rasa nyeri biasanya menyebar dan menjalar ke bagian permukaan tubuh yang jauh dari tempat asalnya, meskipun masih berasal dari dermatom yang sama. Iskemia, peregangan ligamen, spasme otot polos, dan distensi jaringan lunak seperti kantong empedu, atau ureter adalah beberapa penyebab nyeri viseral. Distensi organ lunak terasa nyeri karena jaringan meregang dan mungkin terdapat iskemia karena pembuluh darah terkompresi, yang mengakibatkan distensi jaringan yang berlebihan.

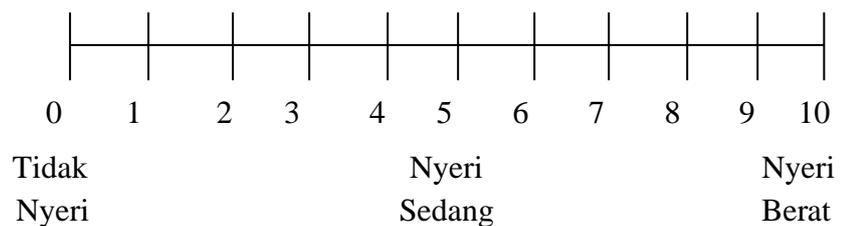
(6) Nyeri somatik, digambarkan sebagai sensasi terbakar, tajam, menusuk yang biasanya terlokalisasi pada area tertentu dan berasal dari kulit, jaringan subkutan, membran mukosa, otot rangka, tendon, tulang, dan peritonium. Nyeri somatik meliputi nyeri yang disebabkan oleh iritasi peritoneal, kala dua persalinan, dan nyeri sayatan pembedahan (Kurniawan, 2015).

c) Penilaian skala nyeri

Pengkajian nyeri merupakan langkah penting dalam memilih terapi nyeri selanjutnya. Tingkat keparahan nyeri dievaluasi

menggunakan keterangan pasien dan skala penilaian nyeri. Salah satu skala nyeri yang dapat digunakanyaitu *Numerical Rating Scale (NRS)* (Kurniawan, 2015).

Gambar 2.1 *Numerical Rating Scale (NRS)*



Keterangan :

0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri

1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan (nyeri ringan)

4-6 : rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan (nyeri sedang)

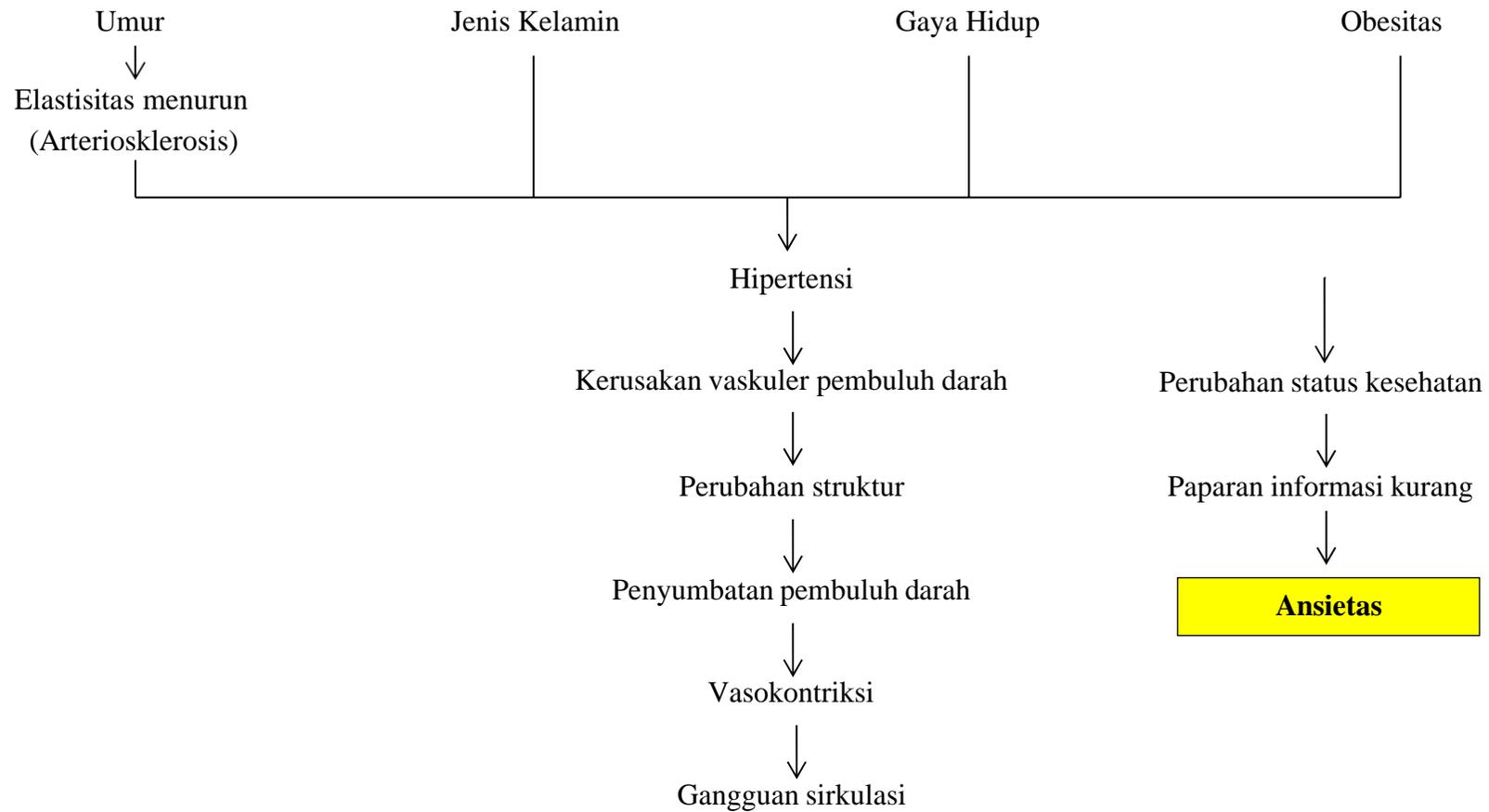
7-10 : rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit, bahkan berteriak (nyeri berat)

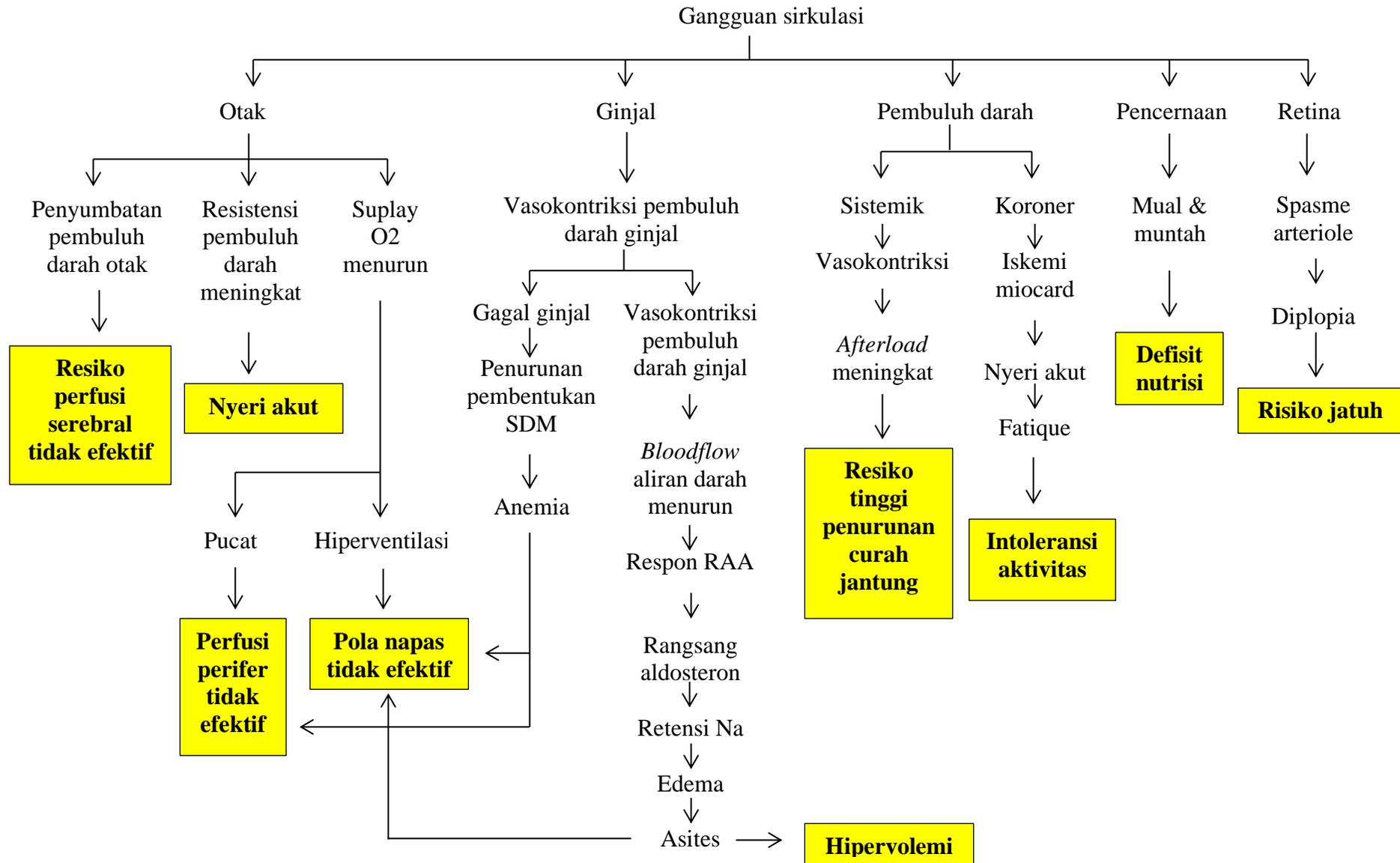
- 2) Lemas, kelelahan menimbulkan stres yang mempengaruhi emosi, ketika stres emosional terjadi dan aktivitas saraf simpatis meningkatkan denyut jantung dan kontraktilitas, kelemahan disebabkan oleh penurunan aliran darah yang mempengaruhi jumlah oksigen dan nutrisi yang dikirim ke otot rangka.
- 3) Sulit bernafas, terjadi peningkatan kontraktilitas jantung yang dapat menyebabkan kesadaran menurun.

- 4) Berdebar-debar (palpitasi), hal ini terjadi akibat pemompaan jantung terlalu cepat sehingga mengakibatkan jantung berdebar-debar, dan mudah tersinggung atau marah.

#### 4. Patofisiologis (Pathway)

Gambar 2.2 (WOC) dengan menggunakan standar diagnosa keperawatan dalam PPNI (2017)





## 5. Klasifikasi

Hipertensi dapat diklasifikasikan berdasarkan faktor penyebabnya dan tingkat tekanan darah.

### a. Berdasarkan Penyebabnya

- 1) Hipertensi primer atau esensial, bentuk hipertensi ini adalah yang paling umum. Hipertensi idiopatik yang tidak diketahui penyebabnya, dapat ditangani dengan perawatan yang tepat (termasuk perubahan gaya hidup dan obat-obatan) meskipun hipertensi primer tidak dapat disembuhkan. Timbulnya hipertensi primer sangat dipengaruhi oleh faktor genetik (Kayce Bell & June Twiggs, 2018).
- 2) Hipertensi sekunder, hipertensi ini memiliki penyebab yang diketahui. Prevalensi hipertensi sekunder pada pasien kurang dari 10%. Kondisi medis atau obat yang sudah ada sebelumnya seperti penyakit tiroid, penyakit ginjal, dekongestan, pil KB, dan lainnya dapat menyebabkan hipertensi sekunder (Kayce Bell & June Twiggs, 2018).

### b. Berdasarkan Derajat Tekanan Darah

Dalam suatu populasi, tekanan darah bervariasi dan usia cenderung meningkatkan tekanan darah. Tingkat keparahan atau stadium hipertensi masih menjadi perdebatan karena risikokomplikasi vaskular meningkat secara bertahap dengan tingkat keparahan hipertensi

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi INASH, 2019

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

## 6. Faktor Resiko

Menurut Aulia (2017), faktor resiko hipertensi terbagi menjadi 2 kategori, yaitu :

### a. Faktor yang tidak dapat diubah

#### 1) Riwayat keluarga

Seseorang beresiko terkena hipertensi lebih tinggi jika berasal dari keluarga yang memiliki riwayat penyakit hipertensi seperti orang tua, saudara kandung, atau kakek-nenek.

#### 2) Usia

Tekanan darah biasanya meningkat seiring bertambahnya usia. Pada pria terjadi peningkatan pada usia >45 tahun sedangkan pada wanita mulai meningkat pada usia >55 tahun.

#### 3) Jenis kelamin

Pria lebih sering mengalami penyakit hipertensi dibandingkan wanita.

#### 4) Ras/etnik

Semua kelompok ras dan etnik bisa terkena hipertensi, namun ras Afrika-Amerika lebih mungkin menderita hipertensi dibanding Kausia atau Amerika Hispanik.

#### b. Faktor yang dapat diubah

Pilihan gaya hidup yang tidak sehat dapat meningkatkan hipertensi antara lain :

##### 1) Merokok

Merokok menjadi salah satu faktor yang dapat menyebabkan hipertensi pada seseorang. Karena terdapat kandungan nikotin dalam rokok. Pembuluh darah kecil di paru- paru akan mendistribusikan nikotin ke otak. Nikotin di otak memberi sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepaskan epinefrin yang menyebabkan pembuluh darah menyempit dan meningkatkan tekanan darah sehingga membuat jantung bekerja lebih keras (Andrea dalam Kayuningtyas, 2020).

##### 2) Kurang aktivitas fisik

Setiap gerakan tubuh yang digerakkan oleh otot rangka yang menghabiskan energi disebut sebagai aktivitas fisik. Kurangnya aktivitas fisik dianggap sebagai penyebab utama kematian di seluruh dunia dan merupakan faktor risiko independen untuk penyakit kronis (Iswahyuni dalam Kayuningtyas, 2020).

3) Konsumsi alkohol

Mirip dengan efek karbon monoksida mempengaruhi tubuh, alkohol membuat darah menjadi lebih asam. Darah mengental, maka jantung harus memompa lebih kuat untuk memastikan bahwa jaringan menerima darah dalam jumlah yang cukup (Komaling, dkk dalam Kayuningtyas, 2020).

4) Kebiasaan minum kopi

Karena adanya polifenol, kalium, dan kafein, kopi sering dikaitkan dengan penyakit jantung koroner, peningkatan tekanan darah, dan kolestrol. Kafein dianggap sebagai zat yang dapat meningkatkan tekanan darah. Dalam tubuh manusia, kafein merangsang produksi hormon epinefrin dari reseptor adinosa di sel saraf yang dapat meningkatkan tekanan darah (Bistara & Kartini dalam Kayuningtyas,2020).

5) Kebiasaan konsumsi makanan banyak mengandung garam  
Bahan yang sering digunakan di dapur adalah garam.

Terlalu banyak konsumsi garam dapat membuat tekanan darah meningkat. Kation dalam cairan ekstraseluler yang digunakan untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh adalah natrium. Ketika keseimbangan cairan terganggu akibat terlalu banyak garam, edema atau asites dan peningkatan tekanan darah dapat terjadi (Sarlina dkk dalam Kayuningtyas 2020).

6) Kebiasaan konsumsi makanan berlemak

Lemak makanan terutama lemak hewani yang kaya lemak lemak jenuh memiliki kecenderungan untuk meningkatkan kolesterol darah. Hipertensi lebih banyak terjadi ketika seseorang memiliki kadar kolesterol tinggi dalam tubuhnya (Manawan dkk dalam Kayuningtyas, 2020).

## 7. Komplikasi Hipertensi

Menurut Triyanto (2014, dalam Sari, 2020) komplikasi hipertensi adalah sebagai berikut :

a. Penyakit jantung

Gagal jantung, angina pectoris, dan infark miokard adalah komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita hipertensi.

b. Ginjal

Tekanan tinggi pada glomerulus dan kapiler ginjal menyebabkan kerusakan bertahap yang mengarah pada gagal ginjal. Kerusakan pada glomerulus menyebabkan darah mengalir ke unit fungsional ginjal yang mengganggu nefron, sehingga menyebabnya terjadinya hipoksia dan kematian. Ketika membran glomerulus rusak, protein dilepaskan dalam urin yang dapat menyebabkan tekanan osmotik koloid plasma menurun dan menyebabkan edema.

c. Otak

Serangan iskemik dan stroke adalah contoh komplikasi yang dapat terjadi pada otak. Ketika arteri yang mensuplai otak membesar

dan menebal sehingga mengurangi aliran darah ke area yang disuplai.

Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis.

d. Mata

Komplikasi yang dapat terjadi adalah gangguan penglihatan, perdarahan retina, bahkan dapat menyebabkan kebutaan

e. Kerusakan pada pembuluh darah arteri

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat merusak dan menyempitkan pembuluh darah, suatu kondisi yang dikenal sebagai aterosklerosis dan arterosklerosis (pengerasan pembuluh darah).

## 8. Penatalaksanaan

Tujuan dari deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah untuk mengurangi risiko penyakit kardiovaskular, mortalitas, dan morbiditas yang berkaitan. Tujuan pengobatan adalah untuk mencapai dan mempertahankan tekanan darah sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di bawah 90 mmHg dan pengendalian faktor resiko. Hal ini dapat dicapai dengan perubahan gaya hidup saja atau dengan obat antihipertensi (Aspiani dalam Sari, 2020).

Menurut Aspiani (2016, dalam Sari, 2020), penatalaksanaan non farmakologis dapat digunakan untuk mengelola faktor risiko, antara lain :

a. Mengatur pola makan (Diet)

1) Diet rendah garam, penderita hipertensi dapat menurunkan tekanan darahnya dengan mengurangi konsumsi garam.

Pengurangan stimulasi sistem renin-angiotensin yang dapat

menurunkan tekanan darah dapat dilakukan dengan mengurangi konsumsi garam. Konsumsi natrium harian yang disarankan adalah 50-100 mmol atau setara dengan 36 gram garam.

- 2) Diet tinggi kalsium, meski mekanismenya belum diketahui dengan jelas, diet tinggi kalsium dapat menurunkan tekanan darah. Kalium yang disuntikkan secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang diperkirakan dimediasi oleh oksida nitrat di dinding pembuluh darah.
  - 3) Diet makanan kaya buah dan sayur.
  - 4) Diet rendah kolesterol untuk mencegah penyakit jantung koroner.
- b. Penurunan berat badan

Mengurangi berat badan pada individu dengan obesitas untuk menurunkan tekanan darahnya, yang pada akhirnya dapat mengurangi beban kerja jantung. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa obesitas terkait dengan peningkatan risiko hipertrofi ventrikel kiri dan hipertensi.

c. Olahraga

Aktivitas fisik yang teratur seperti berjalan, berlari, berenang, dan bersepeda membantu menurunkan tekanan darah dan meningkatkan kesehatan jantung.

d. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak minum alkohol sangat penting untuk meminimalkan efek jangka panjang dari hipertensi. Asap rokok

diketahui dapat menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan aktivitas jantung.

Pelayanan strata primer/puskesmas dapat digunakan sebagai pengobatan awal untuk penatalaksanaan hipertensi dengan menggunakan obat-obatan farmasi. Terdapat beberapa jenis obat antihipertensi yang dapat digunakan yaitu (Depkes RI, 2013) :

a. Diuretik

Jenis obat-obatan diuretik mengurangi volume cairan tubuh, menurunkan tekanan darah, dan mengurangi beban kerja pada jantung dengan menghilangkan cairan tubuh (melalui urin). Penggunaan thiazide membuat orang tua lebih rentan terhadap dehidrasi dan hipotensi ortostatik. Oleh karena itu, penting untuk memeriksa kadar kalium serum serta tekanan darah dalam posisi berdiri. Dalam studi *ALLHAT (Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial)* bahwa diuretik chlorthalidone lebih efektif daripada amlodipine dalam mencegah gagal jantung akibat hipertensi.

b. Penyekat beta ( *$\beta$ -blockers*)

Obat antihipertensi ini bekerja dengan mengurangi laju nadi dan efisiensi pompa jantung. Penyekat beta ( *$\beta$ -blockers*) dapat menurunkan mortalitas dan morbiditas pada pasien hipertensi lansia, menurunkan kemungkinan terkena penyakit jantung koroner, infark miokard, dan kejadian gagal jantung. Penggunaan obat jenis ini tidak

disarankan bagi penderita asma bronkial. Penderita diabetes harus menggunakan obat ini dengan hati-hati karena dapat menyembunyikan gejala hipoglikemia. Obat-obatan yang termasuk  $\beta$ -*Blockers* antara lain atenolol, metoprolol, bisoprolol, dan lain sebagainya. Secara umum,  $\beta$ -*Blockers* dapat menyebabkan gagal jantung, bradikardia, dan abnormalitas konduksi.

- c. Golongan penghambat *Angiotensin Converting Enzyme (ACE)* dan *Angiotensin Receptor Blocker (ARB)*

*Angiotensin Converting Enzyme (ACE inhibitor/ACEI)* mencegah *ACE* menjalankan fungsinya, mencegah konversi angiotensin I menjadi angiotensin II (vasokonstriktor). *Angiotensin Receptor Blocker (ARB)* mencegah molekul angiotensin II menempel pada reseptornya. Efek vasodilatasi dari *ACEI* dan *ARB* mengurangi beban pada jantung. Pasien dengan gagal jantung, diabetes melitus, dan penyakit ginjal kronis sangat disarankan untuk menggunakan *ACEI* dan *ARB*. Ramipril, lisinopril, dan valsartan adalah obat golongan *ACEI*. Mual, lemas, pusing, dan sakit kepala adalah efek samping yang mungkin terjadi.

- d. Golongan *Calcium Channel Blockers (CCB)*

*Calcium channel blockers (CCB)* menyebabkan pembesaran arteri perifer dan koroner dengan mencegah kalsium memasuki sel pembuluh darah arteri. Obat *CCB* terbagi dalam dua kategori, yaitu dihidropiridin (seperti amlodipine, felodipine, nifedipin) dan

nondihidropiridin (seperti diltiazem, verapamil), keduanya telah terbukti efektif dalam mengobati hipertensi pada lansia. Kelompok dihidropiridin, terutama nifedipine memiliki efek samping seperti hiperplasia gusi, edema perifer, dan hipotensi ortostatik yang lebih sering terjadi pada lanjut usia. Sedangkan verapamil sering menyebabkan konstipasi pada lansia.

e. Golongan antihipertensi lain

Karena efek samping yang serius, hanya sejumlah kecil lansia yang diresepkan penyekat reseptor alfa perifer, golongan vasodilator, dan obat-obatan yang bekerja sentral. Walaupun obat-obat tersebut mempunyai efektifitas yang baik dalam menurunkan tekanan darah, namun tidak ada hubungan antara penggunaannya dengan penurunan mortalitas dan morbiditas pada pasien hipertensi. Clonidine, methyldopa, reserpine, dan guanfacine adalah contoh agonis alfasentral yang bekerja terutama pada sistem saraf pusat otak dan menyebabkan depresi, mulut kering, dan sedasi. Golongan obat vasodilator hydralazine dan minoxidil menyebabkan retensi kalium dan air, refleks takikardia, dan efek samping lain yang serupa dengan agonis alfa sentral sehingga tidak digunakan sebagai monoterapi.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Langkah pertama dan dasar dari proses keperawatan adalah pengkajian. Oleh karena itu, penting untuk menangani masalah klien dengan teliti dan cermat sehingga dapat memberikan arahan terhadap intervensi keperawatan. Berdasarkan DOENGES (2010), berikut

pengkajian yang dilakukan pada klien dengan hipertensi :

a. Identitas Klien

Identitas klien meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, tingkat sekolah, pekerjaan, suku/bangsa, status perkawinan, agama, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnosa medik.

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Keluhan lain yang biasanya menyertai yaitu sakit kepala, pusing, penglihatan kabur, detak jantung tak teratur, nyeri pada dada.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit stroke, penyakit ginjal, penyakit jantung. Mengkaji mengenai riwayat penggunaan obat-obatan masa lalu dan mengkaji adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji adanya keluarga yang memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, penyakit menular seperti TBC,

HIV, infeksi saluran kemih, dan lain-lain

f. Pemeriksaan Fisik

1) Aktivitas/Istirahat

Gejala : Gaya hidup monoton, kelemahan, kelelahan/letih, nafas pendek.

Tanda : Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea, dispnea.

2) Sirkulasi

Gejala : Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup dan serebrovaskular, palpitasi, diaforesis.

Tanda : Kenaikan tekanan darah, denyut nadi jelas (karotis, jugularis, radialis), takikardi, murmur stenosis valvular, *distensi vena jugularis*, kulit pucat, sianosis, suhu dingin, kemerahan, pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda.

3) Integritas Ego

Gejala : Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euforia, atau marah kronik (dapat mengindikasikan kerusakan serebral), faktor-faktor stres multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).

Tanda : Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan yang meledak, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, menghela napas, peningkatan pola bicara.

4) Eliminasi

Gejala : Gangguan ginjal saat ini (seperti infeksi/obstruksi), atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu.

5) Makanan/Cairan

Gejala : Makanan yang disukai yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol, mual, muntah, perubahan berat badan saat ini (meningkat/menurun), riwayat penggunaan diuretik.

Tanda : Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria.

6) Neurosensori

Gejala : Keluhan pusing/pening, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), kebas dan/atau kelemahan pada satu sisi tubuh, gangguan penglihatan (diplopia, pandangan kabur), epistaksis.

Tanda : Perubahan keterjagaan, orientasi pola/isi bicara, afek, proses pikir, atau memori (ingatan), penurunan kekuatan genggam tangan.

## 7) Nyeri/Ketidaknyamanan

Gejala : Angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung), nyeri hilang timbul pada tungkai/klaudikasi (indikasi aterosklerosis pada arteri ekstremitas bawah), sakit kepala, nyeri abdomen.

## 8) Pernapasan

Gejala : Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, dispnea nokturnal paroksismal, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

Tanda : Distress pernapasan/ penggunaan otot aksesoris pernapasan, bunyi nafas tambahan (krekles/mengi), sianosis.

## 9) Keamanan

Gejala : Gangguan koordinasi/ cara berjalan, parestesia unilateral transien, hipotensi postural.

## 10) Pembelajaran/ Penyuluhan

Gejala : Faktor risiko keluarga seperti hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, diabetes melitus, penyakit serebrovaskular/ginjal. Faktor lain seperti orang Afrika-Amerika, Asia Tenggara, penggunaan pil KB atau hormon lain, penggunaan obat/alkohol.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah evaluasi klinis dari reaksi klien terhadap masalah kesehatannya saat ini (aktual) dan yang diantisipasi (potensial). Diagnosa keperawatan berusaha untuk menunjukkan dengan tepat reaksi individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah yang berhubungan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Berikut adalah uraian masalah keperawatan yang dapat timbul pada klien dengan hipertensi dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) :

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
- 2) Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah
- 3) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi
- 4) Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas, hiperventilasi
- 5) Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan
- 6) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- 7) Ansietas b.d kurang terpapar informasi
- 8) Koping tidak efektif b.d ketidakadekuatan sistem koping
- 9) Risiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload
- 10) Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi
- 11) Risiko jatuh b.d gangguan penglihatan

## **3. Intervensi**

Intervensi keperawatan merupakan segala tindakan yang dilakukan perawat untuk mendapatkan hasil yang diinginkan berdasarkan keahlian

dan penilaian klinisnya untuk menghasilkan *outcome* atau tujuan yang diharapkan (SIKI, 2019). Rencana atau Intervensi pada klien hipertensi berdasarkan SDKI, SLKI, SIKI adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> Ekspektasi : Menurun</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri</li> <li>- Meringis</li> <li>- Sikap protektif</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Kesulitan tidur</li> <li>- Menarik diri</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri</li> <li>- Diaforesis</li> <li>- Perasaan depresi (tertekan)</li> <li>- Perasaan takut mengalami cedera berulang</li> <li>- Anoreksia</li> <li>- Perineum terasa tertekan</li> <li>- Uterus teraba membulat</li> <li>- Ketegangan otot</li> <li>- Pupil dilatasi</li> <li>- Muntah</li> <li>- Mual</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkat 2 Cukup Meningkat 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi</li> <li>- Pola napas</li> <li>- Tekanan darah</li> <li>- Proses berpikir</li> <li>- Fokus</li> </ul>	<p><b>1.1 Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>1.1.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.1.3 Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>1.1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>1.1.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>1.1.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>1.1.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>1.1.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>1.1.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1.10 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>1.1.11 Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>1.1.12 Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>1.1.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1.14 Jelaskan penyebab , periode dan pemicu nyeri</li> <li>1.1.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>1.1.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>1.1.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>1.1.18 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1.19 Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ul> <p><b>1.2 Latihan Pernafasan (I.01007)</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fungsi berkemih</li> <li>- Perilaku</li> <li>- Nafsu makan</li> <li>- Pola tidur</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Memburuk 2 Cukup Memburuk 3 Sedang 4 Cukup Membaik 5 Membaik</p>	<p>ervasi</p> <p>1.2.1 Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernapasan</p> <p>1.2.2 Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.2.3 Sediakan tempat yang tenang</p> <p>1.2.4 Posisikan pasien nyaman dan rileks</p> <p>1.2.5 Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut</p> <p>1.2.6 Pastikan tangan di dada mundur ke belakang dan telapak tangan di perut maju ke depan saat menarik napas</p> <p>1.2.7 Ambil napas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan</p> <p>1.2.8 Hitungan ke delapan hembuskan napas melalui mulut dengan perlahan</p> <p>Edukasi</p> <p>1.2.9 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernapasan</p> <p>1.2.10 Anjurkan mengulangi latihan 4-5 kali</p>
2	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (D.0009)	<p><b>Perfusi Perifer (L.02011)</b></p> <p>Ekspektasi : Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denyut nadi perifer</li> <li>- Penyembuhan luka</li> <li>- Sensasi</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Menurun 2 Cukup Menurun 3 Sedang 4 Cukup Meningkatkan 5 Meningkatkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna kulit pucat</li> <li>- Edema perifer</li> <li>- Nyeri ekstremitas</li> <li>- Parestesia</li> <li>- Kelemahan otot</li> <li>- Kram otot</li> <li>- Bruit femoralis</li> <li>- Nekrosis</li> </ul>	<p><b>2.1 Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p>Observasi</p> <p>2.1.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle-brachial index</i>)</p> <p>2.1.2 Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi)</p> <p>2.1.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.1.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</p> <p>2.1.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas tangan dengan keterbatasan perfusi</p> <p>2.1.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>2.1.7 Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>2.1.8 Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>2.1.9 Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <p>2.1.10 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>2.1.11 Anjurkan berolahraga rutin</p>

		<p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkat 2 Cukup Meningkat 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengisian kapiler</li> <li>- Akral</li> <li>- Turgor kulit</li> <li>- Tekanan darah sistolik</li> <li>- Tekanan darah diastolik</li> <li>- Tekanan arteri rata-rata</li> <li>- Indeks <i>ankle-brachial</i></li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Memburuk 2 Cukup Memburuk 3 Sedang 4 Cukup Membaik 5 Membaik</p>	<p>2.1.12 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, <i>jika perlu</i></p> <p>2.1.13 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>2.1.14 Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</p> <p>2.1.15 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>2.1.16 Anjurkan program rehabilitasi vaskular</p> <p>2.1.17 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>2.1.18 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p><b>2.2 Manajemen Sensasi Perifer (L.06195)</b></p> <p>Observasi</p> <p>2.2.1 Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>2.2.2 Identifikasi penggunaan alat pengikat, prostesis, sepatu, dan pakaian</p> <p>2.2.3 Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul</p> <p>2.2.4 Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin</p> <p>2.2.5 Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</p> <p>2.2.6 Monitor terjadinya parestesia, <i>jika perlu</i></p> <p>2.2.7 Monitor perubahan kulit</p> <p>2.2.8 Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.2.9 Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p>Edukasi</p> <p>2.2.10 Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air</p> <p>2.2.11 Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</p> <p>2.2.12 Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.2.13 Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i></p> <p>2.2.14 Kolaborasi pemberian kortikosteroid, <i>jika perlu</i></p>
3	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	<p><b>Keseimbangan Cairan (L.03020)</b></p> <p>Ekspektasi : Meningkat</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asupan cairan</li> </ul>	<p><b>3.1 Manajemen Hipervolemia (L.03114)</b></p> <p>Observasi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haluaran urin</li> <li>- Kelembaban membran mukosa</li> <li>- Asupan makanan</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Menurun 2 Cukup Menurun 3 Sedang 4 Cukup Meningkatkan 4 Meningkatkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema</li> <li>- Dehidrasi</li> <li>- Asites</li> <li>- Konfusi</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkatkan 2 Cukup Meningkatkan 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah</li> <li>- Denyut nadi radial</li> <li>- Tekanan arteri rata-rata</li> <li>- Membran mukosa</li> <li>- Mata cekung</li> <li>- Turgor kulit</li> <li>- Berat badan</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Memburuk 2 Cukup Memburuk 3 Sedang 4 Cukup Membaik 5 Membaik</p>	<p>3.1.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)</p> <p>3.1.2 Identifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>3.1.3 Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP,CVP, PAP, PCWP, CO,CI), <i>jika tersedia</i></p> <p>3.1.4 Monitor intake dan output cairan</p> <p>3.1.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</p> <p>3.1.6 Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)</p> <p>3.1.7 Monitor kecepatan infus secara ketat</p> <p>3.1.8 Monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.1.9 Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>3.1.10 Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>3.1.11 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°</p> <p>Edukasi</p> <p>3.1.12 Anjurkan melapor jika haluaran urin &lt;0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>3.1.13 Anjurkan melapor jika BB bertambah &gt;1 kg dalam sehari</p> <p>3.1.14 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>3.1.15 Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.1.16 Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>3.1.17 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</p> <p>3.1.18 Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy (CRRT)</i>, <i>jika perlu</i></p> <p><b>3.2 Pemantauan Cairan (I.03121)</b></p> <p>Observasi</p> <p>3.2.1 Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>3.2.2 Monitor frekuensi napas</p> <p>3.2.3 Monitor tekanan darah</p> <p>3.2.4 Monitor berat badan</p> <p>3.2.5 Monitor waktu pengisian kapiler</p> <p>3.2.6 Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>3.2.7 Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</p>
--	--	--	---

			<p>3.2.8 Monitor kadar albumin dan protein total</p> <p>3.2.9 Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN)</p> <p>3.2.10 Monitor intake dan output cairan</p> <p>3.2.11 Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>3.2.12 Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleksi hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>3.2.13 Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2.14 Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>3.2.15 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>3.2.16 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>3.2.17 Informasi hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></p>
4	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas, hiperventilasi (D.0005)	<p><b>Pola Napas (L.01004)</b> Ekspektasi : Membaik Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ventilasi semenit</li> <li>- Kapasitas vital</li> <li>- Diameter thoraks anterior-posterior</li> <li>- Tekanan ekspirasi</li> <li>- Tekanan inspirasi</li> </ul> <p>Keterangan : 1 Menurun 2 Cukup Menurun 3 Sedang 4 Cukup Meningkatkan 5 Meningkatkan</p>	<p><b>4.1 Manajemen Jalan Napas (I.01011)</b></p> <p>Observasi</p> <p>3.2.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>3.2.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronkhi kering)</p> <p>3.2.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2.4 Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal)</p> <p>3.2.5 Posisikan semi-Fowler atau Fowler</p> <p>3.2.6 Berikan minum hangat</p> <p>3.2.7 Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i></p> <p>3.2.8 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>3.2.9 Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</p> <p>3.2.10 Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispnea</li> <li>- Penggunaan otot bantu napas</li> <li>- Pemanjangan fase ekspirasi</li> <li>- Ortopnea</li> <li>- Pernafasan <i>pursed-lip</i></li> <li>- Pernafasan cuping hidung</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkatkan</p> <p>2 Cukup Meningkatkan</p> <p>3 Sedang</p> <p>4 Cukup Menurun</p> <p>5 Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi napas</li> <li>- Kedalaman napas</li> <li>- Ekskultasi dada</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Memburuk</p> <p>2 Cukup Memburuk</p> <p>3 Sedang</p> <p>4 Cukup Membaik</p> <p>5 Membaik</p>	<p>3.2.11 Berikan oksigen, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>3.2.12 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i></p> <p>3.2.13 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.2.14 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i></p> <p><b>4.2 Pemantauan Respirasi</b></p> <p>Observasi</p> <p>4.2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>4.2.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot</i>, ataksik)</p> <p>4.2.3 Monitor kemampuan batuk efektif</p> <p>4.2.4 Monitor adanya produksi sputum</p> <p>4.2.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas</p> <p>4.2.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</p> <p>4.2.7 Auskultasi bunyi napas</p> <p>4.2.8 Monitor saturasi oksigen</p> <p>4.2.9 Monitor nilai AGD</p> <p>4.2.10 Monitor hasil <i>x-ray</i> toraks</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2.11 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>4.2.12 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>4.2.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>4.2.14 Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></p>
5	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)	<p><b>Status Nutrisi (L.03030)</b></p> <p>Ekspektasi : Membaik</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makanan yang dihabiskan</li> <li>- Kekuatan otot pengunyah</li> <li>- Kekuatan otot menelan</li> <li>- Serum albumin</li> <li>- Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi</li> <li>- Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat</li> </ul>	<p><b>5.1 Manajemen Nutrisi (I.03119)</b></p> <p>Observasi</p> <p>5.1.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>5.1.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>5.1.3 Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>5.1.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>5.1.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p> <p>5.1.6 Monitor asupan makanan</p> <p>5.1.7 Monitor berat badan</p> <p>5.1.8 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.1.9 Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, <i>jika perlu</i></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat</li> <li>- Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat</li> <li>- Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman</li> <li>- Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman</li> <li>- Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Menurun 2 Cukup Menurun 3 Sedang 4 Cukup Meningkat 5 Meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perasaan cepat kenyang</li> <li>- Nyeri abdomen</li> <li>- Sariawan</li> <li>- Rambut rontok</li> <li>- Diare</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkat 2 Cukup Meningkat 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berat badan</li> <li>- Indeks Massa Tubuh (IMT)</li> <li>- Frekuensi makan</li> <li>- Nafsu makan</li> <li>- Bising usus</li> <li>- Tebal lipatan kulit trisep</li> </ul>	<p>5.1.10 Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)</p> <p>5.1.11 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>5.1.12 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>5.1.13 Berikan makanan tinggi kalori, dan tinggi protein</p> <p>5.1.14 Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i></p> <p>5.1.15 Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <p>5.1.16 Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>5.1.17 Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.1.18 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), <i>jika perlu</i></p> <p>5.1.19 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i></p> <p><b>5.2 Promosi Berat Badan (I.03136)</b></p> <p>Observasi</p> <p>5.2.1 Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang</p> <p>5.2.2 Monitor adanya mual dan muntah</p> <p>5.2.3 Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari</p> <p>5.2.4 Monitor berat badan</p> <p>5.2.5 Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit, serum</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2.6 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, <i>jika perlu</i></p> <p>5.2.7 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomi, <i>total parenteral nutrition</i> sesuai indikasi)</p> <p>5.2.8 Hidangkan makanan secara menarik</p> <p>5.2.9 Berikan suplemen, <i>jika perlu</i></p> <p>5.2.10 Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai</p> <p>Edukasi</p> <p>5.2.11 Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</p> <p>5.2.12 Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membran mukosa</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Memburuk</li> <li>2 Cukup Memburuk</li> <li>3 Sedang</li> <li>4 Cukup Membaik</li> <li>5 Membaik</li> </ol>	
6	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)	<p><b>Toleransi Aktivitas (L.05047)</b></p> <p>Ekspektasi : Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi</li> <li>- Saturasi oksigen</li> <li>- Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</li> <li>- Kecepatan berjalan</li> <li>- Jarak berjalan</li> <li>- Kekuatan tubuh bagian atas</li> <li>- Kekuatan tubuh bagian bawah</li> <li>- Toleransi dalam menaiki tangga</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Menurun</li> <li>2 Cukup Menurun</li> <li>3 Sedang</li> <li>4 Cukup Meningkatkan</li> <li>5 Meningkatkan</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan lelah</li> <li>- Dispnea saat aktivitas</li> <li>- Dispnea setelah aktivitas</li> <li>- Perasaan lemah</li> <li>- Aritmia saat aktivitas</li> <li>- Aritmia setelah aktivitas</li> <li>- Sianosis</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Meningkatkan</li> </ol>	<p><b>6.1 Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>6.1.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>6.1.3 Monitor pola dan jam tidur</li> <li>6.1.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1.5 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>6.1.6 Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>6.1.7 Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>6.1.8 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1.9 Anjurkan tirah baring</li> <li>6.1.10 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>6.1.11 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>6.1.12 Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1.13 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol> <p><b>6.2 Dukungan Ambulansi (I.06171)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>6.2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi</li> <li>6.2.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulansi</li> </ol>

		<p>2 Cukup Meningkat 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna kulit</li> <li>- Tekanan darah</li> <li>- Frekuensi napas</li> <li>- EKG iskemia</li> </ul> <p>Keterangan : 1 Memburuk 2 Cukup Memburuk 3 Sedang 4 Cukup Membaik 5 Membaik</p>	<p>6.2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan ambulansi Terapeutik</p> <p>6.2.5 Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)</p> <p>6.2.6 Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, <i>jika perlu</i></p> <p>6.2.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulansi</p> <p>Edukasi</p> <p>6.2.8 Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi</p> <p>6.2.9 Anjurkan melakukan ambulansi dini</p> <p>6.2.10 Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</p>	
7	Ansietas terpapar (D.0080)	b.d kurang informasi	<p><b>Tingkat Ansietas (L.09093)</b> Ekspektasi : Menurun Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi kebingungan</li> <li>- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</li> <li>- Perilaku gelisah</li> <li>- Perilaku tegang</li> <li>- Keluhan pusing</li> <li>- Anoreksia</li> <li>- Palpitasi</li> <li>- Frekuensi pernapasan</li> <li>- Frekuensi nadi</li> <li>- Tekanan darah</li> <li>- Diaforesis</li> <li>- Tremor</li> <li>- Pucat</li> </ul> <p>Keterangan : 1 Meningkat 2 Cukup Meningkat 3 Sedang 4 Cukup Menurun</p>	<p><b>7.1 Reduksi Ansietas (L.09314)</b> Observasi</p> <p>7.1.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)</p> <p>7.1.2 Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>7.1.3 Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.1.4 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>7.1.5 Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, <i>jika memungkinkan</i></p> <p>7.1.6 Pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>7.1.7 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>7.1.8 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>7.1.9 Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</p> <p>7.1.10 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>7.1.11 Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>Edukasi</p> <p>7.1.12 Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>7.1.13 Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p>

		<p>5 Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsentrasi</li> <li>- Pola tidur</li> <li>- Perasaan keberdayaan</li> <li>- Kontak mata</li> <li>- Pola berkemih</li> <li>- Orientasi</li> </ul> <p>Keterangan :  1 Memburuk  2 Cukup Memburuk  3 Sedang  4 Cukup Membaik  5 Membaik</p>	<p>7.1.14 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i></p> <p>7.1.15 Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, <i>sesuai kebutuhan</i></p> <p>7.1.16 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>7.1.17 Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>7.1.18 Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>7.1.19 Latih teknik relaksasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.1.20 Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></p> <p><b>7.2 Terapi Relaksasi (I.09326)</b></p> <p>Observasi</p> <p>7.2.1 Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>7.2.2 Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>7.2.3 Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>7.2.4 Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>7.2.5 Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.2.6 Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, <i>jika memungkinkan</i></p> <p>7.2.7 Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>7.2.8 Gunakan pakaian longgar</p> <p>7.2.9 Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>7.2.10 Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, <i>jika sesuai</i></p> <p>Edukasi</p> <p>7.2.11 Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>7.2.12 Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>7.2.13 Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>7.2.14 Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>7.2.15 Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p>
--	--	---	---

			7.2.16 Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
8	Koping tidak efektif b.d ketidakadekuatan sistem koping (D.0096)	<p><b>Status Koping (L.09086)</b>  Ekspektasi : Membaik  Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan memenuhi peran sesuai usia</li> <li>- Perilaku koping adaptif</li> <li>- Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah</li> <li>- Verbalisasi pengakuan masalah</li> <li>- Verbalisasi kelemahan diri</li> <li>- Perilaku asertif</li> <li>- Partisipasi sosial</li> <li>- Tanggung jawab diri</li> <li>- Orientasi realitas</li> <li>- Minat mengikuti perawatan/pengobatan</li> <li>- Kemampuan membina hubungan</li> </ul> <p>Keterangan :  1 Menurun  2 Cukup Menurun  3 Sedang  4 Cukup Meningkat  5 Meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi menyalahkan orang lain</li> <li>- Verbalisasi rasionalisasi kegagalan</li> <li>- Hipersensitif terhadap kritik</li> <li>- Perilaku penyalahgunaan zat</li> <li>- Perilaku manipulasi</li> <li>- Perilaku permusuhan</li> <li>- Perilaku superior</li> </ul> <p>Keterangan :</p>	<p><b>8.1 Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265)</b>  Observasi</p> <p>8.1.1 Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik</p> <p>Terapeutik</p> <p>8.1.2 Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan</p> <p>8.1.3 Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</p> <p>8.1.4 Fasilitasi melihat situasi secara realistis</p> <p>8.1.5 Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan</p> <p>8.1.6 Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif</p> <p>8.1.7 Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi</p> <p>8.1.8 Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, <i>jika perlu</i></p> <p>8.1.9 Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya</p> <p>Edukasi</p> <p>8.1.10 Informasikan alternatif solusi secara jelas</p> <p>8.1.11 Berikan informasi yang diminta pasien</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8.1.12 Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan</p> <p><b>8.2 Promosi Koping (I.09312)</b>  Observasi</p> <p>8.2.1 Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan</p> <p>8.2.2 Identifikasi kemampuan yang dimiliki</p> <p>8.2.3 Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan</p> <p>8.2.4 Identifikasi pemahaman proses penyakit</p> <p>8.2.5 Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan</p> <p>8.2.6 Identifikasi metode penyelesaian masalah</p> <p>8.2.7 Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</p> <p>Terapeutik</p> <p>8.2.8 Diskusikan perubahan peran yang dialami</p> <p>8.2.9 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>8.2.10 Diskusikan alasan mengkritik diri</p> <p>8.2.11 Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</p>

		<p>1 Meningkat 2 Cukup Meningkat 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p>	<p>8.2.12 Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu 8.2.13 Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 8.2.14 Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan 8.2.15 Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan 8.2.16 Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis 8.2.17 Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan 8.2.18 Hindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan 8.2.19 Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial 8.2.20 Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia 8.2.21 Dampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan) 8.2.22 Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama 8.2.23 Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat 8.2.24 Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam Edukasi 8.2.25 Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama 8.2.26 Anjurkan penggunaan sumber spiritual, <i>jika perlu</i> 8.2.27 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 8.2.28 Anjurkan keluarga terlibat 8.2.29 Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik 8.2.30 Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif 8.2.31 Latih penggunaan teknik relaksasi 8.2.32 Latih keterampilan sosial, <i>sesuai kebutuhan</i> 8.2.33 Latih mengembangkan penilaian objektif</p>
9	Risiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload (D.0011)	<p><b>Curah Jantung (L.02008)</b> Ekspektasi : Meningkat Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan nadi perifer</li> <li>- <i>Ejection fraction</i> (EF)</li> <li>- <i>Cardiac Index</i> (CI)</li> <li>- <i>Left ventricular stroke work index</i> (LVSWI)</li> <li>- <i>Stroke volume index</i> (SVI)</li> </ul> <p>Keterangan : 1 Menurun</p>	<p><b>9.1 Perawatan Jantung (I.02075)</b> Observasi</p> <p>9.1.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i>, peningkatan CVP)</p> <p>9.1.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</p> <p>9.1.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, <i>jika perlu</i>)</p> <p>9.1.4 Monitor intake dan output cairan</p>

		<p>2 Cukup Menurun 3 Sedang 4 Cukup Meningkatkan 5 Meningkatkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palpitasi</li> <li>- Bradikardia</li> <li>- Takikardia</li> <li>- Gambaran EKG aritmia</li> <li>- Lelah</li> <li>- Edema</li> <li>- Distensi vena jugularis</li> <li>- Dispnea</li> <li>- Oliguria</li> <li>- Pucat/ sianosis</li> <li>- <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND)</li> <li>- Ortopnea</li> <li>- Batuk</li> <li>- Suara jantung S3</li> <li>- Suara jantung S4</li> <li>- Murmur jantung</li> <li>- Berat badan</li> <li>- Hepatomegali</li> <li>- <i>Pulmonary vascular resistance</i> (PVR)</li> <li>- <i>Systemic vascular resistance</i></li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkatkan 2 Cukup Meningkatkan 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah</li> <li>- <i>Capillary refill time</i> (CRT)</li> <li>- <i>Pulmonary artery wedge pressure</i> (PAWP)</li> <li>- <i>Central venous pressure</i></li> </ul> <p>Keterangan :</p>	<p>9.1.5 Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 9.1.6 Monitor saturasi oksigen 9.1.7 Monitor keluhan nyeri dada (mis. intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitas yang mengurangi nyeri) 9.1.8 Monitor EKG 12 sadapan 9.1.9 Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 9.1.10 Monitor nilai laboratorium jantung (mis. elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) 9.1.11 Monitor fungsi alat pacu jantung 9.1.12 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 9.1.13 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. <i>beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin</i>)</p> <p>Terapeutik</p> <p>9.1.14 Posisikan pasien semi-Fowler atau Fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 9.1.15 Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 9.1.16 Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, <i>sesuai indikasi</i> 9.1.17 Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 9.1.18 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, <i>jika perlu</i> 9.1.19 Berikan dukungan emosional dan spiritual 9.1.20 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</p> <p>Edukasi</p> <p>9.1.21 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 9.1.22 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 9.1.23 Anjurkan berhenti merokok 9.1.24 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian 9.1.25 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9.1.26 Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i> 9.1.27 Rujuk ke program rehabilitasi jantung</p> <p><b>9.2 Perawatan Jantung Akut (1.02076)</b> Observasi</p>
--	--	--	---

		<p>1 Memburuk 2 Cukup Memburuk 3 Sedang 4 Cukup Membaik 5 Membaik</p>	<p>9.2.1 Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi, radiasi, skala, durasi dan frekuensi) 9.2.2 Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T 9.2.3 Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 9.2.4 Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia (mis. kalium, magnesium serum) 9.2.5 Monitor enzim jantung (mis. CK, CK-MB, Troponin T, Troponin I) 9.2.6 Monitor saturasi oksigen 9.2.7 Identifikasi stratifikasi pada sindrom koroner akut (mis. skor TIMI, Killip, Crusade)</p> <p>Terapeutik</p> <p>9.2.8 Pertahankan tirah baring minimal 12 jam 9.2.9 Pasang akses intravena 9.2.10 Puaskan hingga bebas nyeri 9.2.11 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stres 9.2.12 Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan 9.2.13 Siapkan menjalani intervensi koroner perkutan, <i>jika perlu</i> 9.2.14 Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>Edukasi</p> <p>9.2.15 Anjurkan segera melaporkan nyeri dada 9.2.16 Anjurkan menghindari manuver Valsava (mis. mengedan saat BAB atau batuk 9.2.17 Jelaskan tindakan yang dijalani pasien 9.2.18 Ajarkan teknik menurunkan kecemasan dan ketakutan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9.2.19 Kolaborasi pemberian antiplatelet, <i>jika perlu</i> 9.2.20 Kolaborasi pemberian antiangina (mis. nitrogliserin, <i>beta blocker, calcium channel blocker</i>) 9.2.21 Kolaborasi pemberian morfin, <i>jika perlu</i> 9.2.22 Kolaborasi pemberian inotropik, <i>jika perlu</i> 9.2.23 Kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuver Valsava (mis. pelunak tinja, antiemetik) 9.2.24 Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan, <i>jika perlu</i> 9.2.25 Kolaborasi pemeriksaan <i>x-ray</i> dada, <i>jika perlu</i></p>
10	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)	<p><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b> Ekspektasi : Meningkatkan Kriteria Hasil</p>	<p><b>10.1 Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b> Observasi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tingkat kesadaran</li> <li>- Kognitif</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Menurun 2 Cukup Menurun 3 Sedang 4 Cukup Meningkatkan 5 Meningkatkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan intra kranial</li> <li>- Sakit kepala</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Kecemasan</li> <li>- Agitasi</li> <li>- Demam</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkatkan 2 Cukup Meningkatkan 3 Sedang 4 Cukup Menurun 5 Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah</li> <li>- Kesadaran</li> <li>- Tekanan darah sistolik</li> <li>- Tekanan darah diastolik</li> <li>- Refleks saraf</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Memburuk 2 Cukup Memburuk 3 Sedang 4 Cukup Membaik 5 Membaik</p>	<p>10.1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</p> <p>10.1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <p>10.1.3 Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)</p> <p>10.1.4 Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), <i>jika perlu</i></p> <p>10.1.5 Monitor PAWP, <i>jika perlu</i></p> <p>10.1.6 Monitor PAP, <i>jika perlu</i></p> <p>10.1.7 Monitor ICP, (<i>Intra Cranial Pressure</i>), <i>jika perlu</i></p> <p>10.1.8 Monitor CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>)</p> <p>10.1.9 Monitor gelombang ICP</p> <p>10.1.10 Monitor status pernapasan</p> <p>10.1.11 Monitor intake dan output cairan</p> <p>10.1.12 Monitor cairan serebro-spinalis (mis. wana, konsistensi)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>10.1.13 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>10.1.14 Berikan posisi semi Fowler</p> <p>10.1.15 Hindari manuver <i>Valsava</i></p> <p>10.1.16 Cegah terjadinya PEEP</p> <p>10.1.17 Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>10.1.18 Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</p> <p>10.1.19 Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10.1.20 Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i></p> <p>10.1.21 Kolaborasi pemberiann diuretik osmosis, <i>jika perlu</i></p> <p>10.1.22 Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i></p> <p><b>10.2 Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)</b></p> <p>Observasi</p> <p>10.2.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik)</p> <p>10.2.2 Monitor peningkatan TD</p> <p>10.2.3 Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</p> <p>10.2.4 Monitor penurunan frekuensi jantung</p> <p>10.2.5 Monitor iregularitas irama napas</p>
--	--	--	---

			<p>10.2.6 Monitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>10.2.7 Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</p> <p>10.2.8 Monitor kadar CO<sub>2</sub> dan pertahankan dakan rentang yang diindikasikan</p> <p>10.2.9 Monitor tekanan perfusi serebral</p> <p>10.2.10 Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</p> <p>10.2.11 Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK</p> <p>Terapeutik</p> <p>10.2.12 Ambil sampel drainase cairan serebrospinal</p> <p>10.2.13 Kalibrasi transduser</p> <p>10.2.14 Pertahankan sterilitas sistem pemantauan</p> <p>10.2.15 Pertahankan posisikepala dan leher netral</p> <p>10.2.16 Bilas sistem pemantauan, <i>jika perlu</i></p> <p>10.2.17 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</p> <p>10.2.18 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>10.2.19 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>10.2.20 Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></p>
11	Risiko jatuh b.d gangguan penglihatan (D.0143)	<p><b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jatuh dari tempat tidur</li> <li>- Jatuh saat berdiri</li> <li>- Jatuh saat duduk</li> <li>- Jatuh saat berjalan</li> <li>- Jatuh saat dipindahkan</li> <li>- Jatuh saat naik tangga</li> <li>- Jatuh saat di kamar mandi</li> <li>- Jatuh saat membungkuk</li> </ul> <p>Keterangan :</p> <p>1 Meningkatkan</p> <p>2 Cukup Meningkatkan</p> <p>3 Sedang</p> <p>4 Cukup Menurun</p> <p>5 Menurun</p>	<p><b>11.1 Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p>Observasi</p> <p>11.1.1 Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia &gt;65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>11.1.2 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</p> <p>11.1.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>11.1.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale</i>), <i>jika perlu</i></p> <p>11.1.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <p>11.1.6 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>11.1.7 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>11.1.8 Pasang <i>handrail</i> tempat tidur</p> <p>11.1.9 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>

			<p>11.1.10 Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i></p> <p>11.1.11 Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, <i>walker</i>)</p> <p>11.1.12 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>11.1.13 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>11.1.14 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>11.1.15 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>11.1.16 Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>11.1.17 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p> <p><b>11.2 Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513)</b></p> <p>Observasi</p> <p>11.2.1 Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku)</p> <p>11.2.2 Monitor perubahan status keselamatan lingkungan</p> <p>Terapeutik</p> <p>11.2.3 Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. fisik, biologi, dan kimia), <i>jika memungkinkan</i></p> <p>11.2.4 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko</p> <p>11.2.5 Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. <i>commode chair</i> dan pegangan tangan)</p> <p>11.2.6 Gunakan perangkat pelindung (mis. pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)</p> <p>11.2.7 Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis. puskesmas, polisi, damkar)</p> <p>11.2.8 Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman</p> <p>11.2.9 Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis. timbal)</p> <p>Edukasi</p> <p>11.2.10 Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan</p>
--	--	--	---

#### **4. Tindakan yang Dianalisis (Relaksasi Nafas Dalam)**

##### **a. Pengertian**

Salah satu terapi non farmakologis adalah relaksasi nafas dalam, dimana perawat menginstruksikan kepada klien bagaimana mengambil nafas dalam secara perlahan sambil menahan fase inspirasi selama mungkin. Teknik relaksasi pernafasan dalam membantu mengurangi intensitas rasa sakit sekaligus meningkatkan oksigenasi darah dan ventilasi paru-paru (Asman, Aulia dan Yesi Maifita, 2019).

##### **b. Manfaat terapi relaksasi nafas dalam**

Menurut Ulinuha (2017) manfaat dari relaksasi nafas dalam sebagai berikut :

- 1) Terjadinya penurunan detak jantung
- 2) Mengurangi ketegangan otot
- 3) Metabolisme menjadi lebih lambat
- 4) Meningkatkan kesadaran
- 5) Merasa damai dan sejahtera
- 6) Mengurangi nyeri

Berikut beberapa keuntungan teknik relaksasi nafas dalam Adapun keuntungan teknik relaksasi nafas dalam antara lain sebagai berikut (Ulinuha, 2017) :

- 1) Dapat dilakukan setiap waktu, kapan saja, dan dimana saja
- 2) Klien dapat melakukan terapi ini sendiri tanpa menggunakan

media apapun karena cukup sederhana untuk dilakukan

- 3) Merileksasikan otot-otot yang kaku atau tegang

**c. Indikasi terapi relaksasi nafas dalam**

Kurniawati (2019) mencantumkan indikasi terapi relaksasi nafas dalam sebagai berikut :

- 1) Klien dengan penyakit kooperatif yang mengalami nyeri akut ringan sampai sedang
- 2) Klien dengan nyeri persisten (nyeri kronis)
- 3) Nyeri setelah operasi
- 4) Klien yang mengalami stres

**d. Kontraindikasi terapi relaksasi nafas dalam**

Klien yang mengalami sesak nafas tidak dapat diberikan terapi relaksasi nafas dalam (Kurniawati, 2019).

**e. Prosedur terapi relaksasi nafas dalam**

Persiapan yang diperlukan untuk teknik relaksasi nafas dalam menurut Ghofar (2014, dalam Annisa 2021), meliputi persiapan alat dan pasien. Pengatur waktu (jam) adalah alat yang diperlukan untuk latihan pernafasan dalam. Terdapat beberapa cara untuk mempersiapkan pasien yaitu :

- 1) Memberikan penjelasan tujuan dan alasan tindakan
- 2) Mengatur posisi klien duduk atau berbaring Langkah-langkah teknik relaksasi dalam adalah :

- 3) Memberi instruksi kepada klien
- 4) Memberikan contoh cara bernapas dalam
- 5) Menganjurkan klien menghirup napas pelan-pelan, perawat menghitung 1-2
- 6) Menganjurkan pasien mengeluarkan napas pelan-pelan, perawat menghitung 1-2
- 7) Mengamati perkembangan dada dan perut klien
- 8) Memperbaiki teknik bernapas klien
- 9) Mengulangi prosedur sampai 10 kali
- 10) Melakukan pencatatan jam pelaksanaan, kemampuan klien, serta reaksi klien.

**f. Mekanisme terapi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri**

Terdapat tiga mekanisme yang dianggap dapat menurunkan tingkat nyeri pada terapi relaksasi nafas dalam, yaitu :

- 1) Dengan merilekskan otot rangka (skelet) yang menjadi tegang/spasme akibat sayatan atau trauma jaringan selama pembedahan.
- 2) Dengan merileksasikan otot skelet, daerah yang mengalami trauma akan menerima lebih banyak aliran darah yang akan mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi rasa nyeri.
- 3) Terapi relaksasi nafas dalam dipercaya dapat memicu pelepasan opioid endogen yaitu endorphin dan enkefalin (Ulinuha, 2017).

**g. Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri**

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Juan Tegar Lisdianto, Ludiana, dan Asri Tri Pakarti (2021) dengan judul “Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Kepala Pada Penderita Penyakit Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Metro”. Metode penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dengan subjek studi kasus adalah 2 pasien hipertensi dengan nyeri kepala. Hasil penelitian menunjukkan bahwa skala nyeri menurun setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pada kedua pasien selama 3 hari. Ditemukan bahwa skala nyeri kedua subjek menurun ke skala 2 dengan karakteristik nyeri ringan. Hal ini menunjukkan bahwa skala nyeri kepala dapat diturunkan pada pasien hipertensi dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam.

Penelitian yang dilakukan oleh Rindiani Saputri, Sapti Ayyubbana, dan Senja Atika Sari HS (2021) dengan judul “Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Kepala Pasien Hipertensi Di Ruang Jantung RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro” Menggunakan metodologi studi kasus, penelitian ini melibatkan dua pasien dengan hipertensi sebagai subjek studi kasus. Hasil penelitian menunjukkan bahwa skala nyeri pada kedua responden sebelum dilakukan penerapan relaksasi nafas dalam dengan skala nyeri 6 dan 5 (nyeri sedang). Skala nyeri kedua responden turun menjadi 2 pada

kategori nyeri ringan setelah dilakukan latihan relaksasi nafas dalam selama 3 hari, dengan nilai skala nyeri 2 dan 4. Pada pasien hipertensi, penggunaan relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan intensitas nyeri kepala.

Penelitian yang dilakukan oleh Mulyadi, Supratman, Vinami Yulian (2016) dengan judul “Efektifitas Relaksasi Napas Dalam Pada Pasien Hipertensi Dengan Gejala Nyeri Kepala Di Puskesmas Baki Sukoharjo. Dalam penelitian ini, terdapat dua kelompok yang dibagi menjadi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol menggunakan metode *Quasi Exsperiment Design* dengan pendekatan *pretest posttest Control Group Design*. Terdapat 36 responden pada penelitian ini. Responden diminta untuk melakukan latihan nafas dalam secara mandiri di tempat tinggal masing-masing setelah mengikuti latihan bersama terapis selama 15 menit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik sebelum dan sesudah menerima terapi relaksasi nafas dalam, skala nyeri responden pada kelompok eksperimen menurun secara signifikan. Kesimpulannya, pemberian terapi relaksasi nafas dalam berpengaruh signifikan dalam menurunkan intensitas nyeri kepala pada pasien hipertensi.

Penelitian yang dilakukan oleh Fernalia, Wiwik Priyanti, S. Effendi, Dita Amita (2019) dengan judul “Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri Kepala Pada Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu”. Dalam

penelitian ini menggunakan *one-Group Pretest posttest Design* dengan metodologi Pre Eksperimen. Dengan menggunakan *accidental sampling* sebagai teknik pengambilan sampel, 41 responden dimasukkan dalam sampel. Analisa data pada penelitian ini menggunakan Uji Normalitas, Analisis Univariat dan Analisis Bivariat. Berdasarkan hasil penelitian, tingkat nyeri rata-rata di antara 41 responden sebelum menerima relaksasi nafas dalam adalah 4,37 (rata-rata nyeri sedang). Tingkat nyeri rata-rata setelah relaksasi nafas dalam adalah 3,02 (rata-rata nyeri ringan). Kesimpulannya, terdapat bukti bahwa pasien dengan hipertensi di Puskesmas Sawah Lebar Kota Bengkulu mengalami penurunan intensitas nyeri kepala.

Penelitian yang dilakukan oleh R.A. Fadila, Noviliya Hawati (2017) dengan judul “Pengalaman Penderita Hipertensi Dalam Menurunkan Nyeri Kepala Dengan Terapi Non Farmakologi (Teknik Relaksasi Napas Dalam) Di Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang Tahun 2017”. Metode deskriptif kualitatif digunakan dalam penelitian ini. Empat orang menjadi informan dalam penelitian ini: 1 perawat sebagai informasi kunci dan 3 pasien hipertensi sebagai informasi utama. Menurut hasil penelitian berdasarkan transkrip wawancara peneliti dengan ketiga informan, ketiga informan sering mengalami nyeri kepala yang terasa seperti ditusuk dan membuat mereka merasa sangat kesakitan ketika tekanan darahnya meningkat. Ketiga informan telah berlatih teknik

relaksasi nafas dalam, dan setelah menerapkannya ketiga informan mengatakan nyeri kepala yang dirasakan berkurang.

## 5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam transisi dari status kesehatan yang buruk ke status kesehatan yang baik yang memenuhi kriteria hasil yang diinginkan. Proses implementasi harus difokuskan pada kebutuhan klien, faktor-faktor tambahan yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan aktivitas komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

Terdapat tiga jenis strategi implementasi keperawatan yang berbeda, yaitu :

- a. *Independent Implementations* adalah implementasi yang dimulai oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah mereka sesuai dengan kebutuhannya, seperti membantu aktivitas hidup sehari-hari, memberikan perawatan diri, menyesuaikan posisi tidur, menciptakan lingkungan terapeutik, memberikan dorongan dan motivasi, memenuhi psikologis, sosial, kultural, dan lain-lain.
- b. *Interdependen/Collaborative Implementations* adalah tindakan keperawatan yang didasarkan pada kerjasama tim antara tim keperawatan dengan tim medis lainnya, seperti dokter. Misalnya saat memberikan obat (oral atau injeksi), infus, kateter urin, nasogastric tube (NGT), dan perawatan lainnya.

- c. *Dependent Implementations* adalah tindakan keperawatan yang didasarkan pada rekomendasi dari profesi lain, seperti ahli gizi, fisioterapis, psikolog, dan lain-lain. Misalnya, pasien menerima nutrisi berdasarkan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, aktivitas fisik sesuai dengan rekomendasi bagian fisioterapi.

## 6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dalam rangkaian prosedur keperawatan yang bertujuan untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan yang telah dilakukan atau memerlukan strategi yang berbeda. Efektivitas rencana dan pelaksanaan intervensi keperawatan yang dilakukan dalam mengatasi kebutuhan pasien diukur dengan evaluasi keperawatan (Dinarti & Muryanti, 2017).

Terdapat 2 jenis evaluasi yaitu evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif). Berikut penjelasan mengenai kedua jenis evaluasi tersebut.

### a. Evaluasi Proses (Formatif)

Fokus evaluasi formatif adalah pada aktivitas proses keperawatan dan hasilnya. Segera setelah perawat menerapkan rencana keperawatan, dilakukan evaluasi formatif untuk menentukan efektivitas tindakan keperawatan. Rumusan evaluasi formatif ini terdiri dari empat bagian yang dikenal dengan SOAP, yaitu subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori) dan perencanaan.

Berikut ini adalah beberapa komponen catatan kemajuan: Evaluasi dan pengkajian ulang dapat didokumentasikan menggunakan kartu SOAP (data subjektif, data objektif, analisis, dan perencanaan).

- 1) S ( Subjektif ): data subjektif diperoleh melalui keluhan klien, kecuali klien dengan afasia.
- 2) O (Objektif): data yang ditentukan secara objektif berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh perawat, seperti gejala yang disebabkan oleh perubahan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau pengobatan.
- 3) A (*Analisis/assessment*): diagnosis, diagnosis antisipatif, atau masalah yang mungkin terjadi kemudian ditarik berdasarkan data yang dikumpulkan, dengan tiga analisis yaitu teratasi, tidak teratasi, dan teratasi sebagian untuk menentukan apakah tindakan segera dilakukan atau tidak. Oleh karena itu, menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan sering memerlukan evaluasi ulang.
- 4) P (*Perencanaan/planning*): merencanakan kembali pengembangan intervensi keperawatan, baik sekarang maupun yang akan datang (hasil dari perubahan rencana keperawatan), dengan tujuan meningkatkan status klien. Metode ini didasarkan pada kerangka waktu yang ditetapkan dan kriteria tujuan tertentu.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah selesainya semua aktivitas proses keperawatan. Tujuan evaluasi sumatif ini adalah untuk menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Prosedur yang dapat digunakan dalam bentuk evaluasi ini antara lain melakukan wawancara pada akhir pelayanan, mendapatkan umpan balik dari klien dan keluarga mengenai pelayanan keperawatan, dan mengadakan pertemuan pada akhir pelayanan.

Berikut ini adalah tiga kemungkinan hasil evaluasi yang berkaitan dengan pencapaian tujuan keperawatan pada tahap evaluasi:

- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi : jika klien menunjukkan perbaikan yang memenuhi tujuan yang telah ditentukan dan standar hasil.
- 2) Tujuan tercapai sebagian/masalah sebagian teratasi : jika sebagian dari kriteria hasil yang telah ditentukan telah menunjukkan perubahan pada klien.
- 3) Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi : jika klien tidak menunjukkan perubahan atau peningkatan sesuai dengan tujuan dan standar hasil yang telah ditetapkan / muncul masalah baru