

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Hipertensi**

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

Brunner dan Suddart, (2015) Dalam Sumaryati (2018),Pengertiannya dari hipertensi yaitu suatu peningkatan tekanan darah seseorang yang secara kontan Di mana sistoliknya berada di atas 140 mmhg dan pada diastoliknya lebih dari 90 mmhg. Penyakit ini sering disebut dengan silent Killer karena tidak bergejala namun jika tidak diketahui secara lama bisa mengakibatkan komplikasi yang berimbas kepada kematian.

Nade dan Rantung, (2020) Dalam Silaen (2021), mendefinisikanyaitu suatu penyakit yang bisa diukur dengan tensimeter menghasilkan sistolik yang lebih dari 140 dan pada diastoliknya lebih dari 90 mmhg. Penyakit ini memang berada diatas 140 per 90 mmhg untuk itu disebut dengan penyakit tekanan darah tinggi. lebih dikenal dengan dua keadaan yaitu primer atau dan sekunder. Jenis penyakit hipertensi ini terbagi atas dua yaitu primer dan juga sekunder dan untuk penyebab terjadinya diIndonesia biasanya dikarenakan makanannya yang memiliki kolesterol yang sangat tinggi makanan asin, digaya hidup sedentary, dan difactor ginetik.

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

Menurut penyebabnya hipertensinya dibagi menjadi 2 golongan, yaitu:

- a. Primer : disebut juga hipertensi jenis idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. Pengaruhnya dari : digenetik, dilingkungan,

hiperaktivitasnya disistem saraf simpatis reninnya, diangiotensin dan dipeningkatan  $\text{Na}^+\text{Ca}$  intraselulernya. Difaktor yang meningkatkan risikonya adalah: diobesitas, perokok aktif atau pasif, dipolisitemia alkohol, diasupan lemak jenuh dalam jumlah yang banyak dan juga ada stres.

- b. Nurarif (2015) dalam Bria (2019). Dihipertensi sekunder disebabkan adanya koarktasio diaorta, stenosis diarteri renalis, penyakit diparenkim ginjalnya, pemakaian dipreparat kontrasepsi oralnya, pengguna kokain, epoetin dialfa dan hipertensinya dari dikehamilannya

### **3. Tanda Dan Gejala**

Nuranif (2013) dalam Wati (2019), Beberapa gejala yang bisa dialami oleh pasien dengan penyakit tekanan darah tinggi berupa di kepala terasa pusing, tubuh menjadi lemas, ada rasa lelah, terkadang mengalami sesak napas, sering gelisah, terdapat mual dan juga muntah, kemungkinan terjadi penurunan di kesadarannya.

Kowalak (2017) dalam Wati (2019) ditanda dan gejalanya meliputi:

- a. Hasil dipengukuran tekanan darahnya diperoleh adanya peningkatan secara dua kali pengukurannya dengan berturut-turut sebelum dipemeriksaan pendahuluannya.
- b. Sakit dikepalanya (yang mungkin lebih parah disaat bangun dipagi harinya dikarenakan adanya peningkatan ditekanan intrakranialnya), terasa mual disertai muntah terkadang bisa terjadi.
- c. Epistaksis biasanya karena adanya kelainan dipembuluh darahnya

akibat dari hipertensinya.

- d. Perasaan seperti pusing, kadang bingung, dan juga lelah akibat turunnya diperfusi darahnya sebab divasokonstriksi pembuluh darahnya.
- e. Penglihatannya kabur
- f. Nokturia, karena adanya peningkatannya dialiran darahnya yang keginjal dan filtrasinya meningkat oleh glomerulusnya.
- g. Edema dikarenakannya ditekanan kapilernya naik.

#### **4. Patofisiologis (pathway)**

Kowalak (2017) dalam Wati (2019) menyimpulkan bahwa peningkatan tekanan darah diarteri merupakan produknya dari resistensinya diperifer dan dicurah jantungnya. Dipeningkatan denyut jantungnya disebabkan oleh kondisi yang dapat meningkatkannya, divolume sekuncupnya, atau keduanya. Diresistensi perifernya jugadapat ditingkatkan oleh berbagai faktor yang dapat meningkatkan diviskositas darahnya dan mengurangi ukuran dilumen pembuluh darahnya, terutama diperubahan arteriolnya.

Teori – teori yang bisa menjabarkan terjadinya hipertensi seperti :

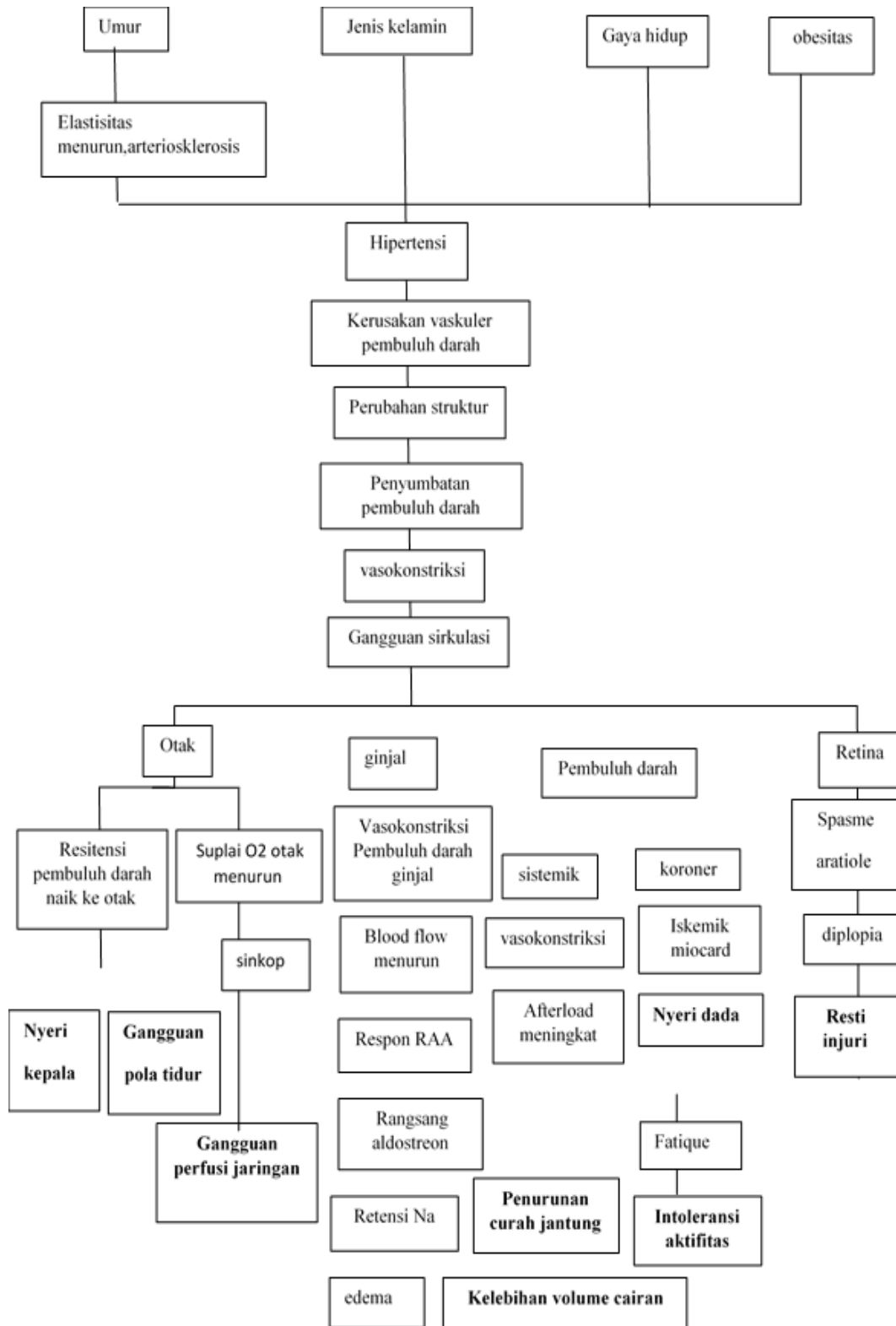
- a. pada dinding dipenyangga pembuluh arteriolnya dapat menyebabkan peningkatan resistensinya dipembuluh darah perifernya.
- b. Bertambahnya dinada simpatiknya. Ini tidak normal dandisebabkan oleh sistem divasomotor sentralnya. Peningkatanketegangan ini juga dapat mengakibatkan peningkatannya diresistensi pembuluh darah perifernya.

- c. Peningkatan divolume darahnya yang disebabkan oleh fungsi ginjal yang tidak teratur atau abnormal.
- d. Peningkatan dipenebalan dinding arteriolnya disebabkan oleh faktor genetiknya yang dapat menyebabkan peningkatan diresistensi pembuluh darah periferanya.
- e. Pemenuhan direnin yang tidak normal, yang mengarah pada pembentukan diangiotensin II, dapat mempersempit diarteri dan meningkatkan divolume darahnya.

Penyakit hipertensi jika terjadi dalam waktu yang cukup lama maka beban kerja dari jantung akan meningkat yang mengakibatkan meningkatnya resistensi diinjeksi ventrikel kirinya. Disaat kontraksi kekuatannya terjadi peningkatan itu, ventrikel dibagian kiri akan jadi hipertrofi sehingga keperluan jantung terhadap oksigen dan kerja pada beban jantung pun akan menjadi meningkat pula.

Suatu keadaan terjadinya pelebaran dan kegagalan di jantung dapat terjadi karena adanya hipertropik yang tidak lagi bisa dipertahankannya kondisi curah jantungnya yang memadai. Penyakit tekanan darah tinggi ini akan merangsang terjadinya proses aterosklerosis diarteri koronernya, sehingga jantung menjadi gangguan karena darah menjadi terganggu alirannya turun keotot jantung. Hal ini mengakibatkan angina pectoris atau infark miokard yang selanjutnya keadaan hipertensi ini juga bisa menyebabkan rusaknya dipembuluh darah sehingga banyak organ-organ yang terkait seperti kegagalan ginjal, terjadi stroke, aneurisme juga

adanya diseksi aortanya.



Gambar 2 1 pathway menurut Hariawam dan Tatisina(2020) Lestari (2021)

## 5. Klasifikasi

a. Menurut Tambayong (didalam Nurarif A.H., & Kusuma H. 2016) pada

Dewi (2019) klasifikasinya dihipertensi klinisnya yaitu :

Tabel 2.1 Diklasifikasi derajat hipertensi secara klinisnya

No	Kategori Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1.	Optimal <120	<80
2.	Normal 120-129	80-84
3.	High Normal 130- 139	85-89
4.	Kelas 1 (ringan) 140- 159	90-99
5.	Kelas 2 (sedang) 160- 179	100-109
6.	Kelas 3 (berat) 180- 209	100-119
7.	Kelas 4 (sangat berat)	$\geq 210$ $\geq 210$

Sumber: Tambayong dalam Nurarif A.H., & Kusuma H. (2016) dalam

Dewi (2019)

b. Menurut WHO didalam Noorhidayah, S.A.(2016) dalam Dewi (2019)

klasifikasinya yakni :

- 1) Pada sistoliknya < atau = 140 mmHg dan diastoliknya < atau = 90 mmHg.
- 2) Tekanan darah digaris batasnya adalah saat sistoliknya 141-149 mmHg dan diastoliknya 91-94 mmHg.
- 3) Dikatakan hipertensi bila sistolnya lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan diastolnya lebih besar atau sama dengan 95 mmHg.

## 6. Faktor Risiko

Menurut Aulia, R. (2017) dalam Dewi (2019), faktor risikodihipertensi dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu:

a. Faktor yang tidak dapat diubah adalah:

- 1) Secara genetiknya seperti: diayahnya ada diibunya, pada saudara kandungnya, pada kakek dan dineneknya yang mengalami hipertensi.
- 2) Pertambahan usia titik pada laki-laki lebih cepat terjadi pada usianya di 45 tahun dan pada perempuan lebih lama yaitu pada saat memasuki menopause biasanya di usia 55 tahun.
- 3) Pada gendernya hipertensi ini lebih banyak terjadi pada pria itu
- 4) Hipertensi berdasarkan Rasnya terjadinya banyak kepada orangyang berkulit hitam daripada yang berkulit putih.

b. Faktor yang dapat diubah yakni :

- 1) Iswahyuni, S., (2017) dalam Dewi (2019), Jarang melakukan aktivitas

fisik yaitu tidak sering berolahraga sehingga jarang mengeluarkan energi. Hal ini menyebabkan terjadinya hipertensi bahkan penyakit jantung yang bisa menyebabkan kematian.

- 2) Indriyani dalam Bistara D.N., & Kartini Y., (2018) dalam Dewi(2019), Rutin meminum kopi Jika ikan dengan penyakit jantung koroner yang salah satunya dikarenakan adanya peningkatan di tekanan darah namun diketahui bahwa kopi memiliki kandungan polifenol kalium dan juga kafein dimana zat-zat tersebut dapat memicu hormon adrenalin yang berasal dari reseptor adiposa yang ada di sel saraf sehingga efek dari kafein bisa dirasakan dalam waktu 5-30 menit dan mampu bertahan hingga 12 jam.
- 3) Makan garam yang berlebih karena sering digunakan untuk memasak berbagai jenis makanan Salah satu hal yang bisa menyebabkan tekanan darah meningkat. Menurut Sarlina, Palimbong, S., Kurniasari, M.D., Kiha, R.R. (2018), natrium merupakan kation utamanya didalam cairan ekstraselulernya tubuh yang berfungsi untuk dijaganya dikeseimbangan cairannya. Natriumnya yang berlebihan dapat diganggunya dikeseimbangan cairan tubuhnya, disebabkan edema atau diasites, dan hipertensinya.
- 4) Kebiasaan mengkonsumsi dimakanan berlemak menurut jauhari Manawan A.A., Rattu A.J.M., Punuh M.I, (2016) dalam Dewi (2019), lemak ini yang ada didalam makanan atau hidangan menjadikan kholesterol didarah naik, terutama lemaknya jenis hewani yang



terkandung lemak jenuhnya. Kolesterolnya yang tinggi bertalian dengan dipeningkatan diprevalensi penyakit TDnya.

## **7. Komplikasi**

Kowalak (2016) dalam Bria (2019), menyatakan ditekanan darahnya tinggi yang berkepanjangan merusak dipembuluh darahnya dan terjadi dipenyempitan dan dipengerasan arterinya. Komplikasinya berupa rusaknya jantung, dimata, diginjal, otaknya, dan dipembuluh darah besarnya. Hipertensi beresiko penyebab serebrovaskularnya (distroke, diserangan iskemik transiennya), dipenyakit arteri koronernya, digagal ginjalnya, adanya demensia, dan difibrilasiatriumnya.

## **8. Penatalaksanaannya**

Nixson, (2018) dalam Wati (2019), Begitu banyak orang yang tidak sadar bahwa banyak melakukan kegiatan baik di pola hidupmaupun di pola makan yang dapat menyebabkan nya mengalami hipertensi yang tidak diobati karena tidak pernah disadarinya. Untuk itulah penyakit hipertensi perlu dilakukan pelaksanaan dengan duateknik yaitu secara farmakologi dan nonfarmakologi, dimana secara pengobatan menggunakan obat-obat kimia seperti diuretik, penghambat diadrenergik, divasodilator, dipenghambatan enzim pengubah angiotensinnya (ACE inhibitor) dan diantagonis kalsiumnya. Sedangkan dimanajemen non farmakologis berupa Mengatur pola makannya, konsumsi yang mengandung kalium lebih diperbanyak serta untuk magnesiumnya juga, memakan makanan berjenis bijian, melakukan olahraga dan dukungan dari kelompok seperti tidak merokok lagi dan tidak minum yang beralkohol.

Menurut Kowalak (2017) dalam Wati (2019), National Institutes of Health merekomendasikan pendekatan bertahapnya yakni :

- a. Tahap 1 : Dibantunya pasien yang mengalami hipertensi dengan merubah gaya hidupnya misalnya berat badan diatur supaya tidak obesitas, meminum alkohol dihentikan, melakukan latihan secara fisik lebih teratur lagi, makan garam dikurangi.
- b. Tahap 2 : Meskipun sudah diusahakan melakukan perubahan tersebut akan tetapi tekanan darah masih tidak sesuai dengan apa yang diharapkan maka menggunakan obat sebagai terapinya.
- c. Tahap 3 : Penambahan pada dosis Apa obatnya diganti dengan obat yang sama namun dari golongannya yang berbeda
- d. Tahap 4 : Gunakan jenis preparat kedua ataupun yang ketiga untuk pengobatannya dengan menggunakan diuretik (jika dikelompok ini belum diberikan). Atau pun vasodilatornya, diantagonis alfanya, antagonisnya dineuron kerja adrenergiknya, diinhibitor ECE, atau dipenghambat kalsium perifernya.

Tujuan dilakukannya pelaksanaan keperawatan untuk memberikan terapi Kompres dengan suhu yang hangat bertujuan untuk mengurangi adanya nyeri, sirkulasi darah menjadi lancar, memberikan suatu rasa yang hangat dan juga nyaman yang bisa memberikan klien rasa tenang.

## **B. Konsep Diasuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Budiono, (2016) dalam (Fitriana, Achir, Yustan 2020), Jabarkan mengenai pengertian di pengkajian dimana kajian ini adalah dasar untuk memikirkan apa yang bisa diberikan untuk asuhan kepada klien agar kebutuhannya terpenuhi dimana dipengkajian ini harus lengkap serta sistematis sesuai dengan apa yang terjadi di lapangan yang hal ini bertujuan untuk dirumuskannya suatu diagnosis agar dalam pelaksanaannya menjadi sesuai dengan kebutuhan yang diinginkan kliennya.

Menurut (Wijaaya & Putri, 2013) dalam Pratiwi (2019) yang harus dikaji pada klien dengan sakit hipertensi yaitu :

#### **a. Data biografinya**

Nama, alamatnya, umur, pekerjaan, nama penanggung jawabnya dan catatan kedatangannya.

Riwayatnya dikesehatan:

##### **1) Keluhan utamanya**

Alasan pertama klien pergi ke rumah sakit atau dipelayanan kesehatan.

##### **2) Diriwat kesehatannya sekarang**

Keluhannya yang dirasakannya disaat melakukan pengumpulan data dari pengkajiannya.

##### **3) Riwayatnya dikesehatan dahulu Biasanya sakit yang sudah dialami klien**

4) Sakit yang pernah dialami keluarga

Yakni apakah keluarga juga memiliki penyakit yang sama denganklien saat ini

b. Data didasar pengkajiannya

1) Aktivitas / istirahatnya

Gejalanya : tubuh terasa lemah, ada letih, napasnya pendek, digaya hidupnya seperti monoton saja.

Tandanya : Frekuensi jantung meningkat, iperubahan irama jantungnya, tampak takipnea

2) Disirkulasi

Gejala : memiliki hipertensi, ada aterosklerosis, penyakit jantung coronernya, adanya serebrovaskuler

Ditanda : Naiknya TD, terdapat hipotensi saat postural,takhikardinya, diarna kulitnya berubah, suhu dinginnya.

3) Integritas egonya

Gejala : pernah mengalami kelainan dikepribadiannya, rasa khawatir, adanya depresi, euphoriannya, difaktor stress multiplanya

Tanda : ghati yang mudah gelisah, mudah menangis dengan kuat, diotot muka tegangnya, pernafasannya sering menghela, bicara lebih sering dan tidak terkendali.

4) Eliminasi

Gejalanya : Gangguan diginjal saat ini atau yang lalu

Tandanya : menyukai makanan yang rasanya asin dan berlemak

## 5) Neurosensori

Gejalanya : Sering mengeluh pusing/pening, sakit dikepala, rasa berdenyut dikepalanya, gangguan dipenglihatannya, mengalami epiktasis.

Ditandanya : Orientasinya berubah, Turunannya ROMnya.

## 6) Nyeri / diketidaknyamanannya

Gejalanya : Nyerinya terasa hilang dan juga timbul ditungkai, dan dikepalanya

## 7) Pernapasannya

Gejalanya : Saat beraktivitas bisa terjadi dispnea, nampak takipnea, ada ortopnea, batuk kadang berdahak dan juga kering, perokok

Tanda : timbul distress direspirasi/dipenggunaan otot aksesorisnyasaat bernafas, dibunyi nafasnya ada suara tambahan, serta sianosis.

## 8) Keamanannya

Gejala : Kordinasinya terganggu.

Tanda : Diepisode paresthesia unilateralnya transien, hipotensinyasaat postural

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Hariawan dan Tatisina (2020) dalam lestari (2021) menjelaskan dalam pathway hipertensi terdapat 8 diagnosa yaitu nyeri kepala, nyeri dada, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, gangguan

pola tidur, gangguan perfusi jaringan, resti injuri, kekurangan volume cairan.

Berdasarkan pada buku diagnosa di atas maka penulis merujuk pada SDKI PPNI 2017 untuk pemutahiran pada diagnosa yang berlaku dan standar yang ada di Indonesia. Sebagimana di bawah ini.

- a. Penurunan dicurah jantungg
- b. Nyeri secara akut
- c. Risiko perfusi diperifer tidak efektif
- d. Intoleransi diaktivitasnya
- e. Gangguan dipola tidur
- f. Risiko cedera
- g. Hipervolemia

### 3. Perencanaan

Tabel 2.2 perencanaan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Penurunan curah jantung (D.0008)	<p>curah jantung (L.02008) setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gambaran EKG aritmameningkat (1)</li> <li>2. Berat badan meningkat (1)</li> </ol> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Meningkat</b></li> <li>2) Cukup meningkat</li> <li>3) Sedang</li> <li>4) Cukup Menurun</li> <li>5) Menurun</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Tekanan darah membaik (5)</li> </ol> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memburuuk</li> <li>2) Cukup memburuk</li> <li>3) Sedang</li> <li>4) Cukup membaik</li> <li>5) Membaik</li> </ol>	<p>Perawatan jantung(1.02075)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Indentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung</li> <li>1.2 Indentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung</li> <li>1.3 Moonitor tekanan darah</li> <li>1.4 Monitor intake dan output cairana</li> <li>1.5 Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>1.6 Monitor saturasi oksigen</li> <li>1.7 Monitor keluhan nyeri dada</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.8 pPosisikan pasien semi-fowler ata fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</li> <li>1.9 Berikana diet jantung tang sesuai</li> <li>1.10 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi setres, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.11 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> <li>1.12 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</li> <li>1.13 Anjurkan berhenti untuk merokok</li> <li>1.14 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</li> </ol> <p>Kolaborasi</p>

			<p>1.15 Kolaborasi pemberian</p> <p>1.16 antiaritmia, jika perlu</p> <p>1.17 Rujuk ke program rahbilasijantung</p>
2.	Nyeri akut b.d agen pencederan fisiologis	<p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p>Ekspektasi : menurun</p> <p>Kriteria</p> <p>Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>2. Merinegis menurun (5)</li> <li>3. Sikap protektif menurun (5)</li> <li>4. Gelisah menurun (5)</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun (5)</li> </ol> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Meningkat</li> <li>2) Cukup meningkat</li> <li>3) Sedang</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (1.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Ideantifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2.2 Indentifikasi skala nyeri</li> <li>2.3 Indentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>2.4 Indentifikasi factor yang memperberdat dan memperingan nyeri</li> <li>2.5 Indentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.6 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2.7 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>2.8 Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>2.9 Pertimbangkan jenis sumber nyeri</li> </ol>



		<p>4) Cukup menurun</p> <p>5) Menurun</p>	<p>dalam pemilihan strategin meredakan nyeri</p> <p>2.10Jelaskan penyebab, priode, dan pemicu nyeri</p> <p>2.11Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>2.12anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>kolaborasi</p> <p>2.13 Kolaborasi pemberian anlagetik, jika perlu</p>
3.	Risiko perfuesi perifer tidak efektif	<p>Perfusi perifer ( L. 02011)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akral membaik (5)</li> <li>2. Turgor kulit membaik (5)</li> </ol> <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>	<p>Pencegahan syok (1.02068)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 monitor status kardiopulmonal</li> <li>1.2 monitor setatus cairan</li> <li>1.3 monitor tingkat kesadaran dan respon pupil</li> </ol> <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4 berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt; 94%</li> <li>1.5 persiapan intubasi danventilasi mekanis,jika perlu</li> <li>1.6 pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu</li> </ol> <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.7 jelaskan penyebab/factor risiko syok</li> <li>1.8 jelaskan tanda dan gejala syok</li> <li>1.9 anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok</li> </ol> <p>kolaborasi</p>

			<p>1.10 koaborasi pembersian IV, jika perlu</p> <p>1.11 kolaborasi pemberian traensfusi darah, jika perlu</p>
4.		<p>Toleransi aktivitas(L.05047) Setelah di lakukan asuha keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan lelah meningkat (1)</li> <li>2. Diepnea saat beraktivitameningkat (1)</li> <li>3. Dispnea setelah aktivitas</li> <li>4. Perasaan lemah meningkat (1)</li> </ol> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Meningkat</li> <li>2) Cukup meningkat</li> <li>3) Sedang</li> <li>4) Cukup menurun</li> <li>5) Menurun</li> </ol>	<p>Manajemen Energi(1.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Indentifikasi ganggua fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>4.2 Monitor kelelahan fisik da emosional</li> <li>4.3 Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4.4 Monitor lokasi da ketidaknyamanan selama melakuka aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.5 Sediakan lingkunga nyaman dan rendah stimulus</li> <li>4.6 Lakukan latihan rentan gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>4.7 Berikan aktivitas distraks yang menenangkan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.8 Anjurkan tirah baring</li> <li>4.9 Anjurkan melakukaaktivitas secara bertahap</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.10 Kolaborasi dengan ahli gizitentang cara meningkatkan asupa makanan</li> </ol>

5.	Gangguan pola tidur (D.0055)	<p>pola tidur (L.05045) setelah di lakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkanEkspektasi : membaik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan soulit tidur membaik(5)</li> <li>2. Keluhan sering terjagamembaik (5)</li> <li>3. Keluhan pola tidur berubahmembaik (5)</li> <li>4. Keluhan istirahat tidak cukupmembaik (5)</li> </ol> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menuruun</li> <li>2) Cukup menurun</li> <li>3) Sedang</li> <li>4) Cukup meningkat</li> <li>5) Meningkatkan</li> </ol>	<p>Dukungan tidur (1.05174)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Indentifikasi pola aktivitas tidur</li> <li>5.2 Indentifikasi factor peggangu tidur</li> <li>5.3 Indentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.4 Modifikasi lingkungan</li> <li>5.5 Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>5.6 Tetapukan jadwal tidur</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.7 Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>5.8 Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>5.9 Anjurkan menghindari makanan/minuman yang menggangutidur</li> </ol>
----	------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.		<p>Tingkat cedera (L.14136)</p> <p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ekspektasi menurun</p> <p>dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Kejadian cedera menurun (5)</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Meningkatkan</li> <li>2) Cukup meningkat</li> <li>3) Sedang</li> <li>4) Cukup menurun</li> <li>5) Menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan cedera (1.14537)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 indentifikasi area lingkungan yangberpotensi menyebab kan cedera</p> <p>6.2 indentifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.3 sediakan pencahayaan yang memadai</p> <p>6.4 gunakan lampu tidur selama jam tidur</p> <p>6.5 sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat</p> <p>6.6 gunakan alas lantai jika berisiko mengalami cedera serius</p> <p>Edukasi</p> <p>6.7 jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga</p> <p>anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapamenit sebelum berdiri</p>
----	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.	Hypervolemia (D.0022)	<p>Keseimbangan cairan (L.03020) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Asupan cairan meningkat (5)</p> <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 meningkat</li> <li>5) Meningkat</li> </ol> <p>2. Edema menurun (5)</p> <p>3. Dehidrasi menurun (5)</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<p>Manajemen hypervolemia (1.03114)</p> <p>Observasi</p> <p>7.1 periksa tanda dan gejala</p> <p>7.2 indentifikasi penyebabhypovolemia</p> <p>7.3 monitor status hemodinamik</p> <p>7.4 Moniteor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.5 timbaeng berat badan setiap har pada waktu yang sama</p> <p>7.6 batasi asupan cairan garam tinggikanm kepala tempat tidur 3040°</p> <p>Edukasi</p> <p>7.8 anjurkan melaporkan haluaran uri ,0,5MI/ kg/ jam dalam 6 jam</p> <p>7.9 anjurkan melapor jika BB bertambah &gt; 1 kg dalam sehari</p> <p>7.10 anjurkan cara mengukur da mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.11 kolaborasi pemberian diuretic</p> <p>7.12 kolaborasi penggantian kehilnga kalium akibat diuretik</p>
----	-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Standar Operasional Prosedur Dikompres Hangat pada Penderita Hipertensi**

Sumber Jurnal Dikesehatan Bakti Tunas Husada dengan Volume 13(2015)  
dalam deaty (2018)

Definisi :

Kompres hangat adalah perasaan yang hangat didaerah tertentu dengan memakai cairan ataupun dialat yang menimbulkan kehangatan dibagian tubuh yang diperlukan.

Tujuannya :

- 1) memperlancarnya sirkulasi darahnya
- 2) Suhu tubuh dapat menurun
- 3) Nyeri yang dirasakan bisa berkurang
- 4) Memberikan dirasa hangat dan nyaman serta menimbulkan ketenanganpada tubuh hipertermi
- 5) Klien dengan perut yang kembung
- 6) Spasme diotot bagian lehernya

Persiapan Alatnya :

- 1) Air yang panas
- 2) Washlap/atau dengan buli-buli jenis panas
- 3) adanya Pengalas atau bisa menggunakan perlak
- 4) Handuk yang kering
- 5) Kom untuk tempat air
- 6) Sarung tangan bagi pengompres

Persiapan kliennya :

- 1) Dikaji dikeadaan umumnya klien dan ditanda-tanda vitalnya atauditingkat nyerinya.
- 2) Menjelaskan proses pelaksanaan dan waktu yang digunakanProsedurnya
- 3) Berikan sapaan yang menyenangkan kepada pasien
- 4) Periksa ulang identitas klien dan pengukuran TTV
- 5) Informasikan bahwa tindakan akan segera dilakukan

Mempersiapkan peralatan untuk pelaksanaan kegiatan Jika kompresnya adalah hangat dan kering :

- a. Menyiapkan buli-bulinya
- b. Membuka tutupnya dan pengisian air dengan suhu yang panas
- c. Sebelumnya udara dkeluarkan
- d. Setelah itu buli-buli harus ditutup dengan rap

Jika dikompres yang hangat dan basah :

- 1) Isi kom dengan air hangat
- 2) Waslap dibasahi
- 3) Alat yang telah disiapkan didekatkan kepada kliennya
- 4) Atur senyaman mungkin posisinya
- 5) Perawat mencuci tangan
- 6) Sarung tangan dipakaai Pengalas diletakan dibawah bagian tubuh yang akan dikompres

- 7) Memasahi washlapnya dengan air yang hangat tersebut kemudian diletakkan dileher kliennya
- 8) Kompres yang hangat dan kering tersebut ditaruh didaerah yang nyeri dengan pakai toples dengan suhu yang hangat dan dibungkus dengan kain dan sebelum diberikan untuk digunakan diperiksa jangan sampai botol masih mengeluarkan air karena resiko cedera kepada klien.

#### **4. Implementasi**

bentuknya diimplementasi keperawatan antara lain:

- a. Dipengkajian untuk mengidentifikasi dimasalah baru atau mempertahankan masalahnya yang ada
- b. Pengajarannya atau dipendidikan kesehatannya kepada pasiennya untuk menambah keilmuannya
- c. Konseling bersama klien guna merumuskan tindakan kesehatannya
- d. Bentuknya didalam penatalaksanaannya secara lebih spesifik atau ditindakan supaya tujuan yang diharapkan tercapai
- e. Klien diajarkan melakukan aktivitasnya secara mandiri
- f. Berkonsultasi dengan tim kesehatan yang lainnya.

#### **5. Evaluasi**

Menurut Budiono (2016), evaluasi merupakan proses terakhir dalam keperawatan yang akan menentukan tingkat keberhasilan dalam keperawatan dan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau



tidak. Istilah yang sering digunakan pada saat mencatat evaluasi adalah SOAP atau SOAPIER yang merupakan singkatan dari:

S : Subjektifnya (keluhan-keluhan pasien)

O : Objektif (apa yang dilihat, dicium, diukur, dan diraba oleh perawat)

A : Assessment (kesimpulan perawat mengenai kondisi klien)

P : Direncana tindakannya

I : Intervensi (tindakan keperawatan untuk mengobati masalah klien)

E : Pengevaluasian (respon klien terhadap tindakan yang diberikan)

R : Revisi (pengubahan direncana tindakan keperawatannya yang diperlukan.