



ANALISIS KASUS- ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI

SETIYO ADI NUGROHO. Ns.,M.Kep.

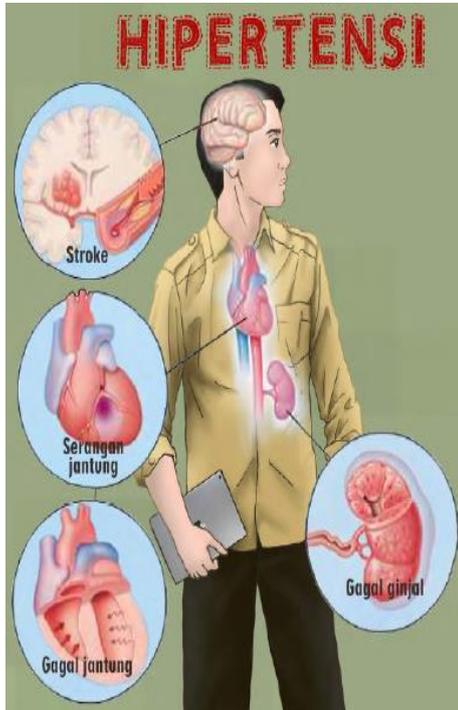
**Fakultas Kesehatan Universitas Nurul
Jadid**

KONSEP TEORI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI

SETIYO ADI NUGROHO.Ns. M.Kep

A. Definisi



Hipertensi disebut juga sebagai silent disease karena tidak ada gejala awal. Hipertensi (Tekanan darah tinggi) di definisikan sebagai tekanan darah sistemik yang mengalami elevasi yang terus menerus ketingkat yang dapat meningkatkan resiko pada organ target (mata, otak, jantung, ginjal dan pembuluh darah besar) (Daniels & Nicoll, 2012).

Sementara definisi hipertensi dari Kementerian Kesehatan RI adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali

pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Senada dengan pengertian dari Kemenkes RI, JNC 7 (*Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*) mendefinisikan hipertensi tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih besar dari 90 mmHg berdasarkan rata-rata pengukuran yang akurat selama 2 atau lebih kontak dengan penyedia layanan kesehatan (Smeltzer, Hinkle, Bare, & Cheever, 2010).

B. Epidemiologi

Prevalensi 'klinis' hipertensi meningkat dengan bertambahnya umur. Lima sampai sepuluh persen dari remaja memiliki tekanan darah 140/90 mm Hg atau lebih pada screening pertama. Pada usia 80 tahun, angka ini naik ke 70-75%. Di Amerika

Serikat, sekitar 73.600.000 orang dewasa mengalami hipertensi (Beevers, Lip, & O'Brien, 2015).

Di seluruh dunia, diperkirakan bahwa sebanyak 1 miliar orang hidup dengan hipertensi, dan 7,1 juta kematian per tahun mungkin disebabkan hipertensi (Daniels & Nicoll, 2012). Data dari National Heart, Lung, and Blood Institute menemukan bahwa 69% dari individu yang memiliki serangan jantung pertama, 77% yang mengalami stroke pertama, dan 74% yang mengalami gagal jantung memiliki hipertensi (NHLBI, 2009 dalam Daniels & Nicoll, 2012).

Di Indonesia sendiri, hipertensi masih menjadi tantangan besar. Suatu kondisi yang cukup mengejutkan, gambaran di tahun 2013 dengan menggunakan unit analisis individu menunjukkan bahwa secara nasional 25,8% penduduk Indonesia menderita penyakit hipertensi. Jika saat ini penduduk Indonesia sebesar 252.124.458 jiwa maka terdapat 65.048.110 jiwa yang menderita hipertensi (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

C. Klasifikasi

Di Amerika Serikat, yang paling sering digunakan pedoman untuk Hipertensi berasal dari JNC 7 (*Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*), bahkan Kementrian Kesehatan RI. untuk pengklasifikasian hipertensi juga mengacu kepada JNC 7 ini, berikut pengklasifikasian dari JNC 7:

Tabel 1. Klasifikasi Tekanan Darah pada usia lebih 18 tahun dan Lansia

BP Classification*	Systolic BP (mm Hg)		Diastolic BP (mm Hg)
Normal	<120	and	<80
Prehypertension	120–139	or	or 80–89
Stage 1 hypertension	140–159	or	90–99
Stage 2 hypertension	≥160	or	≥100

(JNC 7, 2003)

Pada 2013, Perhimpunan Hipertensi dan Kardiologi Eropa mempublikasikan rekomendasi untuk klasifikasi BP (Tabel 2), Pedoman ini menggunakan klasifikasi yang sama untuk pasien non-hipertensi dengan JNC-7 dan hal yang sama dimulai dari

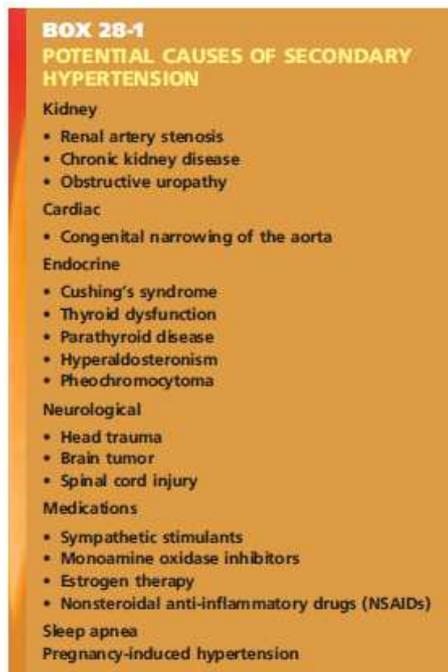
tingkat BP untuk menentukan pasien hipertensi, tetapi mereka mendefinisikan tiga tahap hipertensi : tahap 1 (140-159 / 90-99 mmHg) ; tahap 2 (160-179 mmHg / 100-109 mmHg); Tahap 3 (pasien dengan kadar BP tinggi dari 180/110 mmHg) (Ram, 2014).

Tabel 2. Klasifikasi tekanan darah berdasarkan *European Societies of Hypertension and Cardiology (ESH/ESC)*

Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120-129	and/or	80-84
High normal	130-139	and/or	85-89
Grade 1 hypertension	140-159	and/or	90-99
Grade 2 hypertension	160-179	and/or	100-109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension	≥140	and	<90
The BP category is defined by the highest level of pressure, whether systolic or diastolic. Isolated systolic hypertension should be graded 1, 2, or 3 according to systolic BP values in the ranges indicated.			

D. Etiologi

Hipertensi dikarakterisasi dengan jenis, penyebab, dan tingkat keparahan. Ada dua jenis utama dari hipertensi: primer (juga disebut esensial atau idiopatik) dan sekunder. Sekitar 90% dari semua pasien dengan hipertensi memiliki tipe primer. Penyebab pastinya belum diketahui. Sisanya 10% memiliki tipe sekunder, yang terkait dengan atau sekunder lain penyakit. Beberapa penyebab hipertensi sekunder meliputi penyempitan arteri ginjal, penyakit ginjal kronis, hiperaldosteronisme, kehamilan, dan pheochromocytoma. Setelah penyakit yang menyebabkan hipertensi diidentifikasi dan berhasil diobati, masalah hipertensi juga dapat dihilangkan. Kotak 28-1 berisi penyebab potensial lain dari hipertensi sekunder (Daniels & Nicoll, 2012).



Hipertensi primer hasil dari berbagai faktor risiko nonmodifiable dan modifikasi. Faktor risiko Nonmodifiable termasuk riwayat keluarga, usia, jenis kelamin, dan etnis. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi termasuk obesitas, penyalahgunaan zat, stres, diet, dan gaya hidup. Faktor risiko nonmodifiable untuk menjadi penyebab hipertensi. Hal ini menandakan suatu variabel yang seseorang tidak bisa mengubahnya. Oleh karena itu, manajemen keperawatan terkait dengan faktor-faktor risiko ini adalah dengan memberi informasi pada

pasien dari hubungan mereka dengan hipertensi. Karena pasien tidak dapat mengubah atau memodifikasi hipertensi mereka, variabel ini tidak harus ditekankan (Daniels & Nicoll, 2012).

Hipertensi cenderung berjalan dalam keluarga. Jika salah satu orangtua memiliki hipertensi, ada kemungkinan 25% dari pasien mengembangkan selama seumur hidupnya. Ketika kedua orang tua memiliki hipertensi, risiko meningkat menjadi 60%. Beberapa penelitian telah menunjukkan komponen genetik pada beberapa keluarga. Tekanan darah cenderung naik dengan bertambahnya usia. Hipertensi primer biasanya muncul antara usia 30 dan 50. Di antara semua orang Amerika usia 65 dan lebih tua, lebih dari setengahnya memiliki hipertensi. Isolated systolic hypertension (ISH) terjadi ketika tekanan darah sistolik adalah 140 mm Hg atau lebih tinggi, tetapi tekanan darah diastolik tetap kurang dari 90 mm Hg. Kemungkinan berkembangnya ISH meningkat dengan bertambahnya umur. ISH terjadi terutama pada pasien yang lebih tua dari 50, dengan sekitar satu dari empat pasien dipengaruhi oleh usia 80. Penyebabnya diyakini hilangnya elastisitas pada arteri besar dari aterosklerosis (Daniels & Nicoll, 2012).

Antara orang dewasa muda dan paruh baya, pria lebih mungkin untuk memiliki hipertensi daripada wanita. Setelah usia 55, ketika sebagian besar wanita yang melampaui menopause, tekanan darah tinggi lebih sering terjadi pada wanita

dibandingkan pria. Hipertensi terjadi lebih sering pada pasien keturunan Afrika Amerika dari kelompok etnis lain di Amerika Serikat. Antara orang Amerika usia 18 dan lebih tua, 32% orang Amerika Afrika dibandingkan 23% dari Kaukasia memiliki tekanan darah tinggi. Tingkat tertinggi hipertensi di Amerika Serikat terjadi di kalangan Afrika Amerika yang tinggal di negara bagian tenggara. Tekanan darah tinggi di Afrika Amerika umumnya berkembang pada usia lebih dini, akan lebih parah, dan cenderung berkembang lebih cepat. Hispanik (Amerika) dan penduduk asli Amerika mengembangkan hipertensi di sekitar tingkat yang sama seperti kulit putih (Daniels & Nicoll, 2012).

Faktor Risiko Dimodifikasi. Ada berbagai faktor risiko yang dapat dimodifikasi untuk orang untuk mengembangkan hipertensi, termasuk obesitas, penyalahgunaan zat, stres, diet, dan gaya hidup. Variabel-variabel ini adalah fokus mengajar pasien sebagai berhubungan dengan pengendalian hipertensi, karena faktor-faktor ini dapat dimodifikasi oleh pasien.

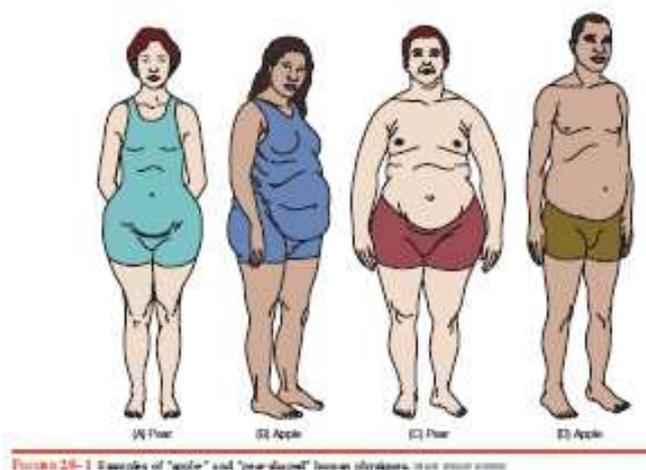


Figure 28-1 Examples of "apple" and "pear-shaped" human physiques. (see next slide)

Kelebihan berat badan meningkatkan risiko pengembangan hipertensi. Terdapat hubungan yang kuat antara peningkatan secara bertahap berat badan selama periode tahun dan peningkatan bersamaan tekanan darah. Tipe tubuh sangat berkorelasi dengan

perkembangan hipertensi. Obesitas upperbody (memberikan tubuh bentuk apel) dengan jumlah increasedm lemak subkutan tentang perut, pinggang, dan perut, terkait dengan perkembangan tekanan darah tinggi. Pasien yang kelebihan berat badan tetapi membawa sebagian besar kelebihan lemak di bagian bokong, pinggul, dan paha (memberi mereka bentuk pir) berada pada risiko yang lebih rendah untuk pengembangan hipertensi sekunder karena peningkatan berat badan seorang (Gambar 28-1).

Sel-sel lemak adalah bentuk yang Alasannya tubuh membuat perbedaan. Sel-sel lemak perut lebih besar daripada yang disimpan di bokong dan paha. Sel-sel lemak perut lebih efisien dalam mogok lipid menjadi asam lemak. Asam lemak ini dapat melakukan perjalanan langsung sepanjang vena portal ke hati. Asam lemak yang beredar memiliki banyak konsekuensi termasuk penekanan pemecahan insulin; stimulasi hati untuk melepaskan trigliserida, yang mengarah ke aterosklerosis; dan meningkatkan sensitivitas arteri dengan hormon yang menengahi darah kontraktilitas kapal, seperti epinefrin (Daniels & Nicoll, 2012).

Tembakau, kafein, alkohol, dan penggunaan narkoba semua memiliki dampak negatif pada perkembangan hipertensi. Bahan kimia dalam tembakau dapat merusak lapisan dinding arteri, membuat mereka lebih rentan terhadap akumulasi plak. Nikotin membuat jantung bekerja lebih keras oleh konstriksi sementara pembuluh darah dan meningkatkan denyut jantung dan tekanan darah. Efek ini karena peningkatan tingkat epinefrin (adrenalin) selama penggunaan tembakau. Selain itu, karbon monoksida dalam asap tembakau menggantikan oksigen di darah, memaksa jantung untuk bekerja lebih keras untuk memasok oksigen ke organ dan jaringan (Daniels & Nicoll, 2012).

Asupan kafein meningkatkan tekanan darah awalnya tapi adaptasi oleh tubuh untuk dampaknya terjadi dengan cepat. Uji klinis berlangsung rata-rata 56 minggu telah menunjukkan hubungan terus-menerus antara asupan kafein dan peningkatan tekanan darah. Dalam uji klinis lain dengan pasien diketahui memiliki hipertensi, penghentian asupan kafein menurunkan tekanan darah. Konsumsi alkohol yang berlebihan berkontribusi sebanyak 20% dari semua kasus tekanan darah tinggi. Mengonsumsi tiga atau lebih minuman beralkohol sehari menggandakan risiko mengembangkan hipertensi. Mekanisme yang tepat tidak sepenuhnya dipahami, tetapi diketahui bahwa minum berat dapat merusak jantung dan organ lainnya. Kerusakan organ akhir dari asupan alkohol yang berlebihan menempatkan pasien pada risiko untuk pengembangan hipertensi (Daniels & Nicoll, 2012).

Penggunaan narkoba, seperti kokain dan amfetamin, meningkatkan risiko mengembangkan hipertensi. Penggunaan obat-obatan seperti mempersempit arteri

yang memasok darah ke jantung, meningkatkan denyut jantung dan merusak otot jantung.

Stres tidak menyebabkan tekanan darah tinggi, namun tingkat stres tinggi terus menerus dapat secara dramatis meningkatkan itu. Jika stres terus pada tingkat tinggi untuk waktu yang lama, kerusakan pada pembuluh darah, jantung, dan ginjal dapat terjadi. Stres dapat mempengaruhi perilaku dengan menyebabkan perkembangan kebiasaan yang tidak sehat, seperti penggunaan tembakau, konsumsi alkohol yang berlebihan, makan berlebihan, atau penggunaan narkoba. Respon fisiologis terhadap stres meningkat *Peripheral Vascular Resistance* (PVR) (tekanan terhadap aliran darah ke atau dari arteri atau vena di luar dada), peningkatan curah jantung, dan stimulasi sistem saraf simpatik. Seiring waktu hipertensi dapat berkembang.

Makanan khas di seluruh negara-negara industri dunia mengandung terlalu banyak lemak dan garam. Munculnya makanan kenyamanan dan makanan cepat saji selama 50 tahun terakhir ditambah telah memainkan peranan besar dalam kalori kaya, gizi asupan makanan banyak orang miskin di Amerika Serikat. Makanan ini mengandung kadar tinggi karbohidrat olahan dan ditinggikan lemak jenuh. Inilah yang membuat mereka enak. Kolesterol adalah salah satu lemak jenuh. Hal ini baik yang diproduksi oleh tubuh dan merupakan bagian dari makanan khas Amerika. Kolesterol sangat penting bagi tubuh yang sehat. Hal ini diperlukan untuk sintesis membran sel dan bangunan hormon penting dalam tubuh. Namun, peningkatan kadar kolesterol mendorong pengembangan plak di arteri (aterosklerosis), menyebabkan mereka menyempit dan kurang mampu membesar, sehingga meningkatkan tekanan darah (Champagne, 2006). Bila terkena kadar natrium tinggi, tidak semuanya orang mengalami hipertensi; hanya sekitar setengah dari populasi tidak. Tubuh manusia membutuhkan jumlah tertentu natrium untuk mempertahankan kimia sel yang tepat. Masyarakat yang sensitif terhadap natrium dan menyimpan natrium lebih mudah mengalami masalah karena mempertahankan natrium menyebabkan retensi cairan dan tekanan darah tinggi (Daniels & Nicoll, 2012).

Berjam-jam kerja, fasilitas modern, dan kekurangan waktu luang adalah beberapa alasan bahwa orang Amerika menjadi semakin kurang gerak. Menurut American Heart Association, hanya 27% dari populasi usia 18 atau lebih tua cukup latihan untuk

kebugaran kardiovaskular. Aktivitas fisik sangat penting untuk mengendalikan hipertensi karena membuat jantung lebih kuat. Sebuah Jantung yang lebih kuat mampu memompa lebih banyak darah dengan lebih sedikit usaha. Aktivitas fisik secara teratur dapat menurunkan tekanan darah dengan 5 sampai 10 mm Hg (Daniels & Nicoll, 2012).

E. Manifestasi Klinis

Pemeriksaan fisik dapat mengungkapkan tidak ada kelainan selain tekanan darah tinggi. Kadang-kadang, perubahan retina seperti perdarahan, eksudat (akumulasi cairan), penyempitan arteriolar, dan cotton wool spots (infark kecil) terjadi. Dalam hipertensi berat, edema papil (pembengkakan disk optik) dapat dilihat. Orang dengan hipertensi mungkin asimtomatik dan tetap begitu selama bertahun-tahun. Namun, ketika tanda-tanda dan gejala spesifik muncul, mereka biasanya menunjukkan kerusakan pembuluh darah, dengan manifestasi spesifik yang berhubungan dengan organ-organ dilayani oleh pembuluh yang terlibat. Penyakit arteri koroner dengan angina dan infark miokard konsekuensi umum dari hipertensi. Hipertrofi ventrikel kiri terjadi sebagai respons terhadap beban kerja meningkat ditempatkan pada ventrikel karena kontrak terhadap tekanan sistemik yang lebih tinggi. Ketika kerusakan jantung luas, gagal jantung berikut (Smeltzer et al., 2010).

Perubahan patologis pada ginjal (ditunjukkan dengan peningkatan nitrogen urea darah [BUN] dan kadar kreatinin serum) dapat bermanifestasi sebagai nokturia. Keterlibatan serebrovaskular dapat menyebabkan stroke atau transient ischemic attack (TIA), dimanifestasikan oleh perubahan dalam penglihatan atau bicara, pusing, kelemahan, tiba-tiba jatuh, atau kelumpuhan sementara atau permanen pada satu sisi (hemiplegia). Infark serebral account untuk sebagian besar stroke dan TIA pada pasien dengan hipertensi (Smeltzer et al., 2010).

F. Pathofisiologi

Tekanan darah (BP) adalah gaya yang dihasilkan oleh volume darah pada dinding arteri. Hal ini diwakili oleh rumus:

$$BP = CO \text{ (cardiac output)} \times PR \text{ (peripheral resistance)}$$

Diukur BP mencerminkan kemampuan arteri untuk meregangkan dan terisi darah, efisiensi jantung sebagai pompa, dan volume sirkulasi darah. Tekanan darah

dipengaruhi oleh usia, ukuran tubuh, diet, aktivitas, emosi, rasa sakit, posisi, jenis kelamin, waktu hari, dan keadaan sakit. Studi dari orang yang sehat saja menunjukkan bahwa BP dapat berfluktuasi dalam kisaran yang luas dan tetap normal. Dengan demikian, memperoleh beberapa pengukuran untuk perbandingan penting (Timby & Smith, 2010).

Keseimbangan antara cardiac output dan resistensi perifer. Tekanan darah

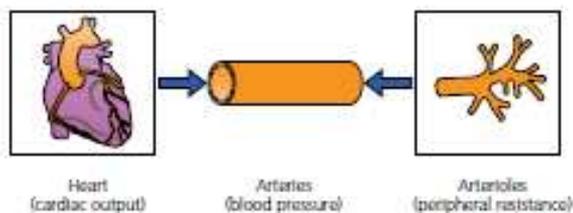


Figure 3.2 Heart, arteries, and arterioles in hypertension.

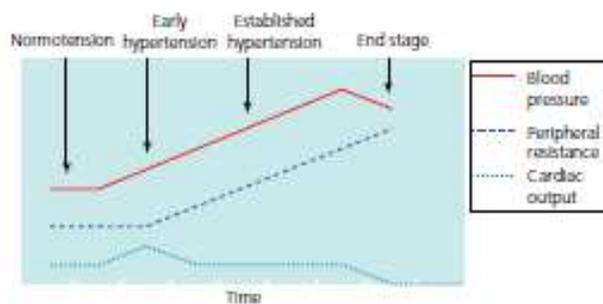


Figure 3.3 Proposed interaction between cardiac output and peripheral vascular resistance in pathogenesis of essential hypertension.

biasanya tergantung pada keseimbangan antara cardiac output dan resistensi perifer (Gambar 3.2). Kebanyakan pasien dengan hipertensi esensial mengalami peningkatan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung normal. Cardiac output bisa meningkat pada tahap awal hipertensi esensial sehingga resistensi perifer secara bertahap meningkatkan dalam rangka mempertahankan perfusi jaringan normal dan mengembalikan

cardiac output normal (Gambar 3.3). Pada stadium akhir hipertensi, disfungsi ventrikel kiri mengembangkan dan cardiac output berkurang sehingga tekanan darah dipertahankan hanya oleh peningkatan resistensi pembuluh darah perifer. Pada tahap akhir, output jantung dapat terganggu sehingga tekanan darah kemudian menurun, render pasien sebetulnya hipotensi (Beevers et al., 2015). Beberapa sistem tubuh membantu mengontrol tekanan darah dengan menjaganya agar tetap agar tidak meningkat secara tinggi atau jatuh terlalu rendah. Sistem ini termasuk kardiovaskular, ginjal, endokrin, dan saraf (Daniels & Nicoll, 2012).

Resistensi perifer tidak ditentukan oleh arteri besar atau kapiler tetapi oleh arteriol kecil. Dinding arteriol ini mengandung sel-sel otot polos. Pengaruh ekstrinsik mengakibatkan kontraksi sel otot halus, mungkin dimediasi akhirnya oleh kenaikan tingkat kalsium intraselular. Obat yang menghalangi saluran kalsium sehingga

memiliki efek vasodilator yang menurunkan tekanan darah. Pada orang dengan hipertensi kronis, penyempitan berkepanjangan hasil otot polos di perubahan struktural pada arteriol, dengan penebalan dinding dan peningkatan lebih lanjut dalam tekanan darah arteri (Beevers et al., 2015).

Sistem renin angiotensin aldosteron (Raas) adalah salah satu sistem hormonal utama yang mempengaruhi tekanan darah dengan interaksi vasokonstriktor, angiotensin II dan retensi natrium dan air diperantarai oleh aldosteron dari korteks

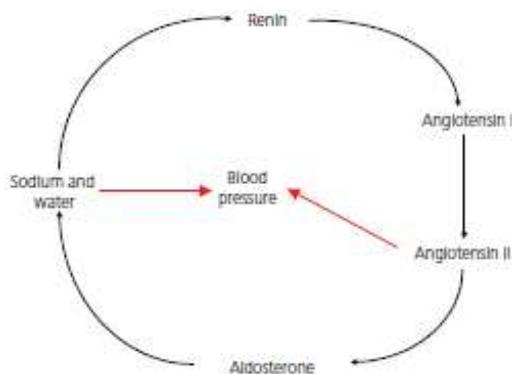


Figure 3.4 The renin-angiotensin-aldosterone system and the control of blood pressure.

adrenal (Gambar 3.4). Renin disekresikan dari aparat juxtaglomerular ginjal dalam merespon perfusi bawah glomerulus, mengurangi asupan garam atau rangsangan dari sistem saraf simpatik. Hasil renin dalam konversi renin substrat (angiotensinogen) ke angiotensin I, yang merupakan zat aktif fisiologis. Sebuah enzim kunci, angiotensin

converting enzyme (ACE), hasil dalam konversi angiotensin I menjadi angiotensin II, yang merupakan vasokonstriktor kuat.

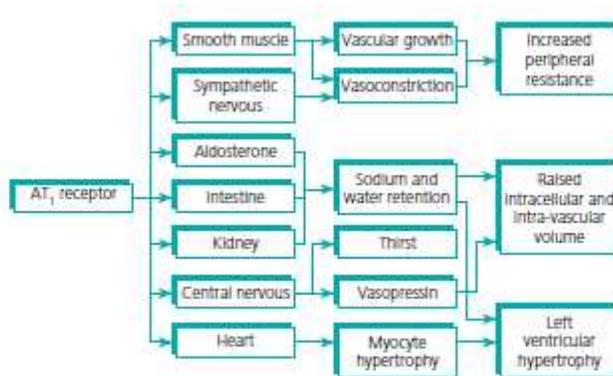


Figure 3.5 Actions of angiotensin II mediated by the angiotensin I (AT1) receptor

Angiotensin II juga dapat menyebabkan beberapa manifestasi kerusakan organ target hipertensi, seperti hipertrofi ventrikel kiri dan penyakit vaskular aterosklerotik (Gambar 3.5).

Dua kelas obat utama untuk pengobatan hipertensi angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-I) dan angiotensin receptor blocker (ARB) - secara khusus menargetkan sistem ini. Hormon aldosteron juga dapat dilawan oleh antagonis aldosteron nonselektif reseptor (ARA), spironolactone. Obat ini telah terbukti bermanfaat pada pasien dengan gagal jantung. Dua penelitian surveilans label terbuka

telah menunjukkan efek menguntungkan dari spironolactone hipertensi resisten, tetapi tidak ada studi jangka panjang menunjukkan efek menguntungkan pada morbiditas atau mortalitas pada hipertensi.

Sistem saraf otonom. Sistem neurohumeral utama kedua yang mempengaruhi tekanan darah adalah sistem saraf simpatik dan katekolamin plasma sesuai. Sistem saraf otonom sehingga memiliki peran penting dalam menjaga tekanan darah 'normal',

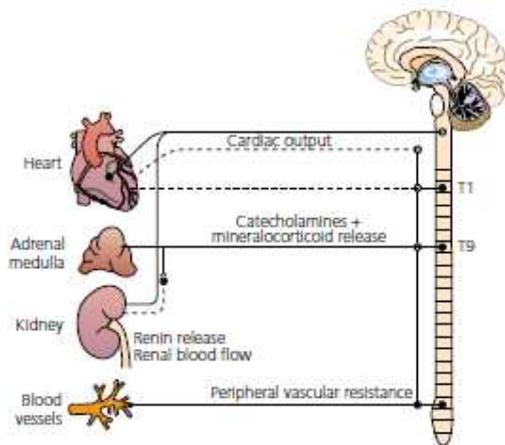


Figure 3.9 Autonomic nervous system and its control of blood pressure. Source: Reproduced with permission from Swales, J., et al. (1991) *Clinical Atlas of Hypertension*. London/New York: Gower Medical Publishing. © Elsevier.

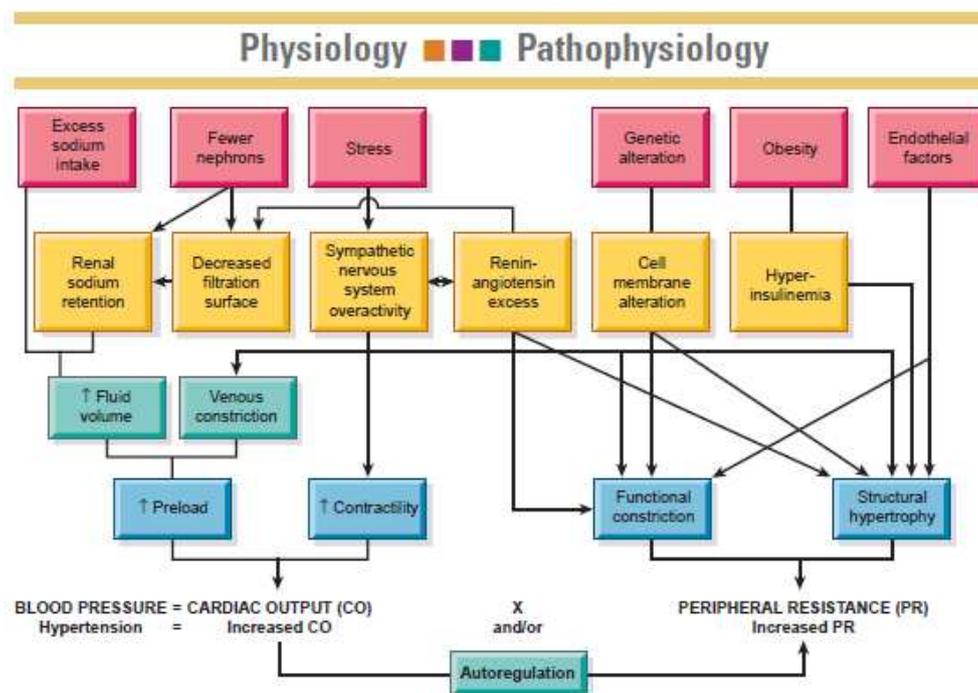
termasuk respon fisiologis terhadap perubahan postur, serta aktivitas fisik dan emosional (Gambar 3.9). Stimulasi sistem saraf simpatik dapat menyebabkan arteriol konstriksi dan dilatasi arteriol. Setelah stres dan latihan fisik, perubahan tersebut memediasi perubahan jangka pendek tekanan darah. Hanya bukti yang terbatas menunjukkan bahwa katekolamin

(adrenalin dan noradrenalin) memiliki peran yang jelas dalam hipertensi esensial. Pengecualian adalah katekolamin-mensekresi tumor langka, seperti feokromositoma, yang dapat menyebabkan hipertensi sekunder yang parah.

Namun demikian, efek dari sistem saraf simpatik yang penting, sebagai obat yang bekerja pada tekanan darah penurunan sistem ini. Pentingnya aktivasi sistem simpatik pada gagal jantung akibat disfungsi sistolik dan dalam perkembangan dan kematian dari insufisiensi ginjal mapan. Misalnya, peran β blocker pada pasien dengan gagal jantung kronis mapan untuk meningkatkan mortalitas dan morbiditas. Perhatian baru-baru ini tetap, komponen neurogenik untuk hipertensi primer telah menarik diberikan perkembangan terakhir dalam penargetan terapi dari sistem saraf simpatik untuk mengontrol hipertensi (misalnya berbasis kateter ginjal denervasi dan karotis baroreseptor stimulasi) aktivasi kronis dari sistem saraf simpatis pada hipertensi menyebabkan mengangkat tonus vasomotor dan peningkatan curah jantung, serta interaksi dari angiotensin II pada peradangan dan pembuluh darah hipoperfusi

disfungsi / otak dalam patogenesis dan perkembangan hipertensi neurogenik (Beavers et al., 2015).

Meskipun tidak ada penyebab akurat bisa diidentifikasi untuk sebagian besar kasus hipertensi, dapat dipahami bahwa hipertensi adalah kondisi multifaktorial. Karena hipertensi adalah tanda, kemungkinan besar memiliki banyak penyebab, seperti demam memiliki banyak penyebab. Untuk hipertensi terjadi harus ada perubahan dalam satu atau lebih faktor yang mempengaruhi resistensi perifer atau cardiac output (Gambar. 32-1). Selain itu, juga harus ada masalah dengan sistem kontrol tubuh yang memantau atau mengatur tekanan. Mutasi gen tunggal yang terkait dengan mekanisme yang digunakan oleh ginjal untuk menyerap kembali ion natrium telah diidentifikasi untuk jenis langka hipertensi, tetapi kebanyakan jenis hipertensi dianggap poligenik (yaitu, mutasi pada lebih dari satu gen) (Williams, 2007 dalam (Smeltzer et al., 2010)).



G. Komplikasi

Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung yang bisa mengenai jantung, otak, ginjal, arteri perifer, dan mata.

Beberapa penelitian mengatakan bahwa penyebab kerusakan organ-organ tersebut dapat melalui akibat langsung dari kenaikan tekanan darah pada organ, atau karena efek tidak langsung, antara lain adanya autoantibodi terhadap reseptor AT1 angiotensin II, stres oksidatif, *down regulation* dari ekspresi *nitric oxide synthase*, dan lain-lain. Penelitian lain juga membuktikan bahwa diet tinggi garam dan sensitivitas terhadap garam berperan besar dalam timbulnya kerusakan organ target, misalnya kerusakan pembuluh darah akibat meningkatnya ekspresi *transforming growth factor-β* (TGF-β) (Yugiantoro, 2006).

H. Diagnosis

Pemeriksaan pasien hipertensi memiliki tujuan, yaitu untuk menilai gaya hidup dan faktor risiko kardiovaskular lainnya atau bersamaan gangguan yang mungkin mempengaruhi prognosis dan pedoman pengobatan, untuk mengetahui penyebab tekanan darah tinggi, untuk menilai ada atau tidaknya kerusakan target organ dan penyakit kardiovaskular (JNC 7, 2003).

Pemeriksaan pada hipertensi menurut PERKI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, 2003), terdiri atas:

1. Riwayat penyakit
 - a) Lama dan klasifikasi hipertensi
 - b) Pola hidup
 - c) Faktor-faktor risiko kelainan kardiovaskular
 - d) Riwayat penyakit kardiovaskular
 - e) Gejala-gejala yang menyertai hipertensi
 - f) Target organ yang rusak
 - g) Obat-obatan yang sedang atau pernah digunakan
2. Pemeriksaan fisik
 - a) Tekanan darah minimal 2 kali selang dua menit
 - b) Periksa tekanan darah lengan kontra lateral
 - c) Tinggi badan dan berat badan
 - d) Pemeriksaan funduskopi
 - e) Pemeriksaan leher, jantung, abdomen dan ekstremitas
 - f) Refleks saraf
3. Pemeriksaan laboratorium
 - a) Urinalisa
 - b) Darah : platelet, fibrinogen
 - c) Biokimia : potasium, sodium, kreatinin, GDS, lipid profil, asam urat
4. Pemeriksaan tambahan
 - a) Foto rontgen dada

- b) EKG 12 lead
- c) Mikroalbuminuria
- d) Ekokardiografi

Tekanan darah setiap orang sangat bervariasi. Pengukuran tunggal yang akurat adalah awal yang baik tetapi tidak cukup: ukur tekanan darah dua kali dan ambil rata-ratanya. Hipertensi didiagnosis jika rata-rata sekurang-kurangnya 2 pembacaan per kunjungan diperoleh dari masing-masing 3 kali pertemuan selama 2 sampai 4 minggu diperoleh tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau 90 mmHg untuk diastolik. Menurut JNC 7, tekanan darah normal adalah 120/80 mmHg atau kurang. Prehipertensi bila tekanan darah 120/80 sampai 139/89 mmHg. Hipertensi stadium 1 bila tekanan darah sistolik 140 sampai 159 mmHg atau tekanan darah diastolik 90 sampai 99 mmHg. Serta hipertensi stadium 2 bila tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 100 mmHg (Cohen & Townsend, 2008).

I. Medical Management

Tujuan pengobatan hipertensi adalah untuk mencegah komplikasi dan kematian dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah arteri di 140/90 mm Hg atau lebih rendah. JNC 7 menentukan tekanan tujuan yang lebih rendah dari 130/80 mm Hg untuk orang-orang dengan diabetes mellitus atau penyakit ginjal kronis, yang didefinisikan sebagai baik laju filtrasi glomerulus berkurang (GFR) menghasilkan serum kreatinin lebih besar dari 1,3 mg / dL pada wanita atau lebih besar dari 1,5 mg / dL pada pria, atau albuminuria yang lebih besar dari 300 mg / d (Chobanian, et al., 2003 dalam (Smeltzer et al., 2010)). Rencana pengelolaan yang optimal adalah salah satu yang murah, sederhana, dan menyebabkan kemungkinan gangguan setidaknya dalam kehidupan pasien (Smeltzer et al., 2010).

Pilihan manajemen untuk hipertensi dirangkum dalam algoritma pengobatan yang dikeluarkan oleh JNC 7 (Gambar 32-2.); ini termasuk modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologis. Tabel 32-2 merangkum modifikasi gaya hidup direkomendasikan. Klinisi menggunakan algoritma dengan penilaian data faktor risiko dan kategori tekanan darah pasien untuk memilih rencana perawatan awal dan selanjutnya untuk pasien. Temuan penelitian menunjukkan bahwa penurunan berat badan, mengurangi alkohol dan asupan natrium, dan aktivitas fisik secara teratur adalah adaptasi gaya hidup yang efektif untuk mengurangi tekanan darah (Appel,

Champagne, Harsha, et al, 2003;.. Appel, Sacks, Carey, et al, 2005; Cook, Cutler, Obarzanek, et al, 2007;. Stranges, Wu, Dorn, et al, 2004). Studi juga menunjukkan bahwa diet tinggi buah-buahan, sayuran, dan produk susu rendah lemak dapat mencegah perkembangan hipertensi dan dapat menurunkan tekanan darah tinggi (Appel, et al., 2005). Tabel 32-3 menunjukkan diet Pendekatan to Stop Hypertension (DASH) diet, yang telah terbukti menurunkan tekanan darah pada orang yang mengikutinya (Appel, et al., 2003) dalam (Smeltzer et al., 2010).

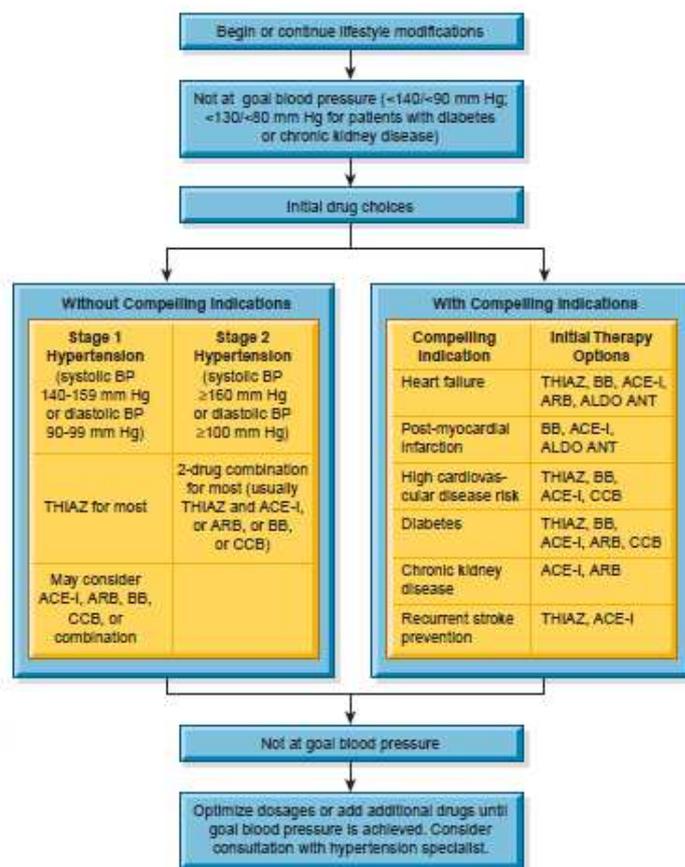


Figure 32-2 Algorithm of hypertension treatment. Treatment begins with lifestyle modifications and continues with various medication regimens. ACE-I, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ALDO ANT, aldosterone antagonist; ARB, angiotensin receptor blocker; BB, beta-blocker; BP, blood pressure; CCB, calcium channel blocker; THIAZ, thiazide diuretic From the Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Reference card available from the National Heart, Lung, and Blood Institute, available at www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/phyocard.pdf

Modification	Recommendation	Goal of SBP ^a Reduction (Range) ^b
Weight reduction	Maintain normal body weight (body mass index 18.5–24.9 kg/m ²).	5–20 mm Hg/10 kg
Adopt DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) eating plan	Consume a diet rich in fruits, vegetables, and low-fat dairy products with a reduced content of saturated and total fat.	8–14 mm Hg
Dietary sodium reduction	Reduce dietary sodium intake to no more than 100 mmol/day (2.4 g sodium or 6 g sodium chloride).	2–8 mm Hg
Physical activity	Engage in regular aerobic physical activity such as brisk walking (at least 30 min/day, most days of the week).	4–9 mm Hg
Moderation of alcohol consumption	Limit consumption to no more than 2 drinks (eg, 24 oz beer, 10 oz wine, or 3 oz 80-proof whiskey) per day in most men and to no more than 1 drink per day in women and lighter-weight people.	2–4 mm Hg

^aFor overall cardiovascular risk reduction, stop smoking.

^bSBP, systolic blood pressure.

^cThe effects of implementing these modifications are dose- and time-dependent and could be greater for some individuals.

From the Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (2003). *Hypertension*, 42(6), 1206–1252.

Table 32-3 THE DASH (DIETARY APPROACHES TO STOP HYPERTENSION) DIET

Food Group	Number of Servings/Day
Grains and grain products	7 or 8
Vegetables	4 or 5
Fruits	4 or 5
Low-fat or fat-free dairy foods	2 or 3
Meat, fish, and poultry	2 or fewer
Nuts, seeds, and dry beans	4 or 5 weekly

The diet is based on 2,000 calories per day.
 Source: www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/index.htm

Terapi farmakologis. Obat-obat yang digunakan untuk mengobati hipertensi menurunkan resistensi perifer, volume darah, atau kekuatan dan tingkat kontraksi miokard. Bagi penderita hipertensi tidak rumit dan tidak ada indikasi spesifik untuk obat lain, obat awal yang dianjurkan termasuk diuretik, beta-blocker, atau keduanya. Pasien pertama diberikan dosis rendah obat. Jika tekanan darah tidak jatuh ke kurang dari 140/90 mm Hg, dosis meningkat secara bertahap, dan obat-obatan tambahan termasuk yang diperlukan untuk mencapai kontrol (Smeltzer et al., 2010).

Jenis-jenis obat antihipertensi untuk terapi farmakologis hipertensi yang dianjurkan oleh JNC 7 adalah:

- a) Diuretika, terutama jenis *Thiazide* (Thiaz) atau *Aldosteron Antagonist*
- b) *Beta Blocker* (BB)
- c) *Calcium Channel Blocker* atau *Calcium antagonist* (CCB)
- d) *Angiotensin Converting Enzym Inhibitor* (ACEI)
- e) *Angiotensin II Receptor Blocker* atau *Areceptor antagonist/blocker* (ARB)

Untuk sebagian besar pasien hipertensi, terapi dimulai secara bertahap, dan target tekanan darah tercapai secara progresif dalam beberapa minggu. Dianjurkan untuk menggunakan obat antihipertensi dengan masa kerja panjang atau yang memberikan efikasi 24 jam dengan pemberian sekali sehari. Pilihan apakah memulai terapi dengan satu jenis obat antihipertensi atau dengan kombinasi tergantung pada tekanan darah awal dan ada tidaknya komplikasi. Jika terapi dimulai dengan satu jenis obat dan dalam dosis rendah, dan kemudian tekanan darah belum mencapai target, maka langkah selanjutnya adalah meningkatkan dosis obat tersebut, atau berpindah ke antihipertensif lain dengan dosis rendah. Efek samping umumnya bisa dihindari dengan menggunakan dosis rendah, baik tunggal maupun kombinasi. Sebagian besar pasien memerlukan kombinasi obat antihipertensi untuk mencapai target tekanan

darah, tetapi terapi kombinasi dapat meningkatkan biaya pengobatan dan menurunkan kepatuhan pasien karena jumlah obat yang harus diminum bertambah (Yugiantoro, 2006).

Kombinasi obat yang telah terbukti efektif dan dapat ditoleransi pasien adalah:

- a) CCB dan BB
- b) CCB dan ACEI atau ARB
- c) CCB dan diuretika
- d) AB dan BB
- e) Kadang diperlukan tiga atau empat kombinasi obat

J. Krisis Hipertensi

JNC 7 menggambarkan dua kelas dari krisis hipertensi yang memerlukan intervensi segera: darurat hipertensi dan hipertensi urgensi (Chobanian, et al, 2003.). Hipertensi darurat dan urgensi dapat terjadi pada pasien yang hipertensi telah kurang terkontrol, yang hipertensi telah terdiagnosis, atau pada mereka yang telah tiba-tiba dihentikan obat mereka. Setelah krisis hipertensi telah berhasil, evaluasi lengkap dilakukan untuk meninjau rencana perawatan berkelanjutan pasien dan strategi untuk meminimalkan terjadinya krisis hipertensi berikutnya. Rekomendasi saat ini untuk manajemen dari kedua hipertensi darurat dan urgensi didasarkan pada pendapat ahli karena tidak ada data percobaan klinis yang membandingkan pilihan pengobatan atau mengidentifikasi dampak pengobatan pada morbiditas dan mortalitas (Flanigan & VITBERG, 2006) dalam (Smeltzer et al., 2010).

Sebuah darurat hipertensi adalah situasi di mana tekanan darah sangat tinggi (lebih dari 180/120 mm Hg) dan harus diturunkan segera (tidak harus kurang dari 140/90 mm Hg) untuk menghentikan, atau mencegah kerusakan pada organ sasaran (Chobanian , et al, 2003;. Haas & Marik, 2006). Penilaian akan mengungkapkan disfungsi klinis aktual atau berkembang dari organ target. Kondisi yang berhubungan dengan hipertensi darurat termasuk hipertensi kehamilan, infark miokard akut, bedah aneurisma aorta, dan perdarahan intrakranial. Hipertensi darurat yang akut, peningkatan tekanan darah yang mengancam jiwa yang membutuhkan pengobatan yang tepat dalam pengaturan perawatan intensif karena kerusakan organ target serius yang mungkin terjadi. Tujuan terapi adalah penurunan tekanan darah rata-rata hingga 25% dalam satu jam pertama pengobatan, pengurangan lebih lanjut untuk tekanan

tujuan dari sekitar 160/100 mm Hg selama periode hingga 6 jam, dan kemudian lebih bertahap penurunan tekanan selama hari. Pengecualian untuk tujuan ini adalah pengobatan stroke iskemik (di mana tidak ada bukti dari manfaat dari penurunan tekanan langsung) dan pengobatan diseksi aorta (di mana tujuannya adalah untuk menurunkan tekanan sistolik kurang dari 100 mm Hg jika pasien bisa mentolerir penurunan) (Chobanian, et al., 2003) (Smeltzer et al., 2010).

Obat pilihan dalam keadaan darurat hipertensi adalah mereka yang memiliki efek langsung. Vasodilator intravena, termasuk sodium nitroprusside (Nitropress), nicardipine hidroklorida (Cardene), fenoldopam mesylate (Corlopan), enalaprilat, dan nitrogliserin memiliki tindakan segera yang singkat hidup (menit sampai 4 jam), dan karena itu mereka digunakan untuk pengobatan awal. Untuk informasi lebih lanjut tentang obat-obat ini. Para ahli juga merekomendasikan menilai status volume cairan individu. Jika ada penurunan volume sekunder untuk natriuresis disebabkan oleh tekanan darah tinggi, maka penggantian volume dengan normal saline dapat mencegah tetes tiba-tiba besar pada tekanan darah ketika obat antihipertensi yang diberikan (Haas & Marik, 2006) (Smeltzer et al., 2010).

Sebuah hipertensi urgensi menggambarkan situasi di mana tekanan darah sangat tinggi tetapi tidak ada bukti kerusakan organ target yang akan datang atau progresif (Chobanian, et al., 2003). Tekanan darah yang berhubungan dengan sakit kepala parah, mimisan, atau kecemasan diklasifikasikan sebagai urgensi. Dalam situasi ini obat oral dapat diberikan dengan tujuan tekanan darah normalisasi dalam waktu 24 hingga 48 jam (Haas & Marik, 2006). Dosis oral agen cepat bertindak seperti agen memblokir beta-adrenergik (misalnya, labetalol [Trandate]), inhibitor ACE (misalnya kaptopril [Capoten]), atau alpha2-agonis (misalnya, clonidine [Catapres]) yang direkomendasikan untuk pengobatan hipertensi urgensi (Smeltzer et al., 2010).

Pemantauan hemodinamik sangat dekat tekanan darah pasien dan status kardiovaskular diperlukan selama pengobatan hipertensi darurat dan urgensi. Frekuensi yang tepat dari pemantauan adalah masalah penilaian klinis dan bervariasi dengan kondisi pasien. Mengambil tanda-tanda vital setiap 5 menit adalah tepat jika tekanan darah berubah dengan cepat; mengambil tanda-tanda vital pada 15- atau 30-menit interval dalam situasi yang lebih stabil mungkin cukup. Sebuah penurunan

tajam dalam tekanan darah dapat terjadi yang akan membutuhkan tindakan segera untuk memulihkan tekanan darah ke tingkat yang dapat diterima (Smeltzer et al., 2010).

K. Teori Keperawatan

Hubungan Perawat dengan merawat pasien hipertensi dapat memiliki efek positif pada tekanan darah dan dapat meningkatkan kualitas hidup serta perpanjangan hidup. Hipertensi mempengaruhi sejumlah besar orang. Penting bahwa mereka yang terkena dampak menerima, selain perawatan medis terbaik yang tersedia, perawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka dan menambah kualitas hidup mereka. Model Merawat Watson adalah salah satu pendekatan keperawatan yang konsisten dengan kebutuhan penyandang hipertensi. Hasil penelitian ada hubungan antara model Merawat dan penurunan tekanan darah pasien. Watson Model Merawat direkomendasikan sebagai panduan untuk pasien keperawatan hipertensi, sebagai salah satu cara untuk mengurangi tekanan darah dan peningkatan kualitas hidup (Erci et al., 2003).

Watson menjelaskan ilmu keperawatan ilmu tentang *caring*, yaitu menyeimbangkan antara ilmu pengetahuan dan humanisme. Hal ini penting untuk mempertahankan idealisme tentang *human caring* dan ideologi *caring* dalam praktek keperawatan, Konsep utama dari *Theory of Human Caring* adalah bahwa manusia bukanlah objek dan manusia tidak dapat dipisahkan dari dirinya, orang lain, dan alam semesta (Fawcett, 2005). Teori *caring* ini berfokus pada pasien secara keseluruhan, yaitu *care* terhadap pikiran, tubuh dan jiwa klien sehingga proses penyembuhan dapat dilanjutkan pada tingkat yang optimal. *Theory of Human Caring* memiliki empat konsep utama, yaitu: *Ten Carative Factors* (berkembang menjadi "*Clinical Caritas Processes*"), *Transpersonal Caring Relationship*, *Caring Moments*, dan *Caring (Healing) Consciousness*.

Watson menyebut *10 Carative Factors* ini sebagai "inti" dari keperawatan (*core of nursing*). Dalam perkembangan teori ini berdasarkan ide-ide dan nilai-nilai yang dimilikinya, Watson menterjemahkan *10 Carative Factors* menjadi konsep *Clinical Caritas Processes* (Alligood, 2014). Konsep ini dikembangkan dari 10 Carative Factor yang melibatkan peningkatan keyakinan, kepercayaan, cinta, harapan,

kepedulian (*caring*), tidak mementingkan diri, spiritualitas, energi, dan saling memahami. Konsep ini mengacu pada aspek-aspek keperawatan yang benar-benar memungkinkan terjadinya proses penyembuhan dan pemulihan untuk kedua pihak, yaitu yang memberikan *caring* dan yang mendapatkan *caring* (*being cared for*). Watson menggunakan kata “*caritas*” yang berasal dari bahasa Yunani, berarti untuk menghargai, memberikan perhatian, mencintai/mengasihi. Ini berkonotasi sesuatu yang sangat baik, yang sangat berharga. Hal yang membedakan antara kedua konsep ini adalah pada konsep *clinical caritas processes*, dimensi spiritual jelas dan penggabungan antara konsep cinta dan *caring* telah dimunculkan. *Clinical Caritas Processes* bersifat interaktif dalam semua proses interaksi sebagai pendekatan holistik untuk memahami dan mempelajari asuhan keperawatan.

10 Carative Factors	Clinical Caritas Processes	Caritas Competencies
<p><i>Pembentukan sistem nilai humanistik-altruistik.</i> Nilai humanistik-altruistik dipelajari sejak awal dalam hidup tapi dapat dipengaruhi oleh perawat pendidik. Faktor ini dapat dijelaskan sebagai kepuasan melalui pemberian dan perluasan rasa diri.</p>	<p>Praktek cinta kasih dan keseimbangan batin dalam konteks kesadaran akan <i>caring</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terbuka dalam hubungan dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan, alam semesta • Model perawatan diri dan <i>caring</i> terhadap orang lain • Memvalidasi keunikan diri sendiri dan orang lain • Menyatakan tindakan untuk kebaikan • Menghormati kelebihan diri sendiri dan orang lain • Mengenali kelemahan diri sendiri dan orang lain • Memperlakukan diri sendiri dan orang lain dengan cinta kasih • Saling mendengarkan satu sama lain dengan perhatian yang tulus • Menerima diri sendiri dan orang lain apa adanya • Mendemonstrasikan penghormatan terhadap diri sendiri dan orang lain • Memperhatikan orang lain • Menghormati harga diri sendiri dan orang lain
<p><i>Penerapan sikap penuh keyakinan dan harapan.</i> Faktor ini bersama nilai humanistik – altruistik memfasilitasi peningkatan asuhan keperawatan yang</p>	<p>Hadir dengan sepenuhnya, dan mewujudkan dan mempertahankan system kepercayaan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menciptakan kesempatan untuk refleksi • Meningkatkan hubungan antar manusia yang disengaja dengan orang lain • Memandang kehidupan sebagai sebuah misteri yang harus dieksplorasi,

<p>holistik dan kesehatan positif dalam populasi klien. Ini juga menjelaskan tentang peran perawat dalam pengembangan hubungan perawat – klien yang efektif dan dalam dalam mempromosikan kesehatan dengan membantu klien mendapatkan perilaku hidup sehat.</p>	<p>yang dalam dan dunia kehidupan subjektif dari dirinya dan orang dirawat.</p>	<p>daripada sebuah masalah yang harus diselesaikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berinteraksi dengan seni dan sains <i>caring</i> untuk meningkatkan penyembuhan dan keutuhan • Memadukan nilai, keyakinan, berarti dan penting dimiliki orang lain ke dalam rencana perawatan • Menggunakan kontak mata dan sentuhan yang pantas • Panggil orang lain dengan nama atau panggilan yang mereka sukai • Bantu orang lain untuk percaya kepada diri mereka sendiri • Pelajari tentang keyakinan orang lain dan berikan dukungan • Berikan dukungan kepada orang lain untuk memiliki harapan • Dorong orang lain untuk menjalani hidup mereka dengan kemampuan yang dimiliki • Pandang seseorang sebagai manusia, bukan sebagai objek
<p><i>Pengembangan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain.</i> Pengakuan terhadap perasaan mengarahkan ke aktualisasi diri melalui penerimaan diri untuk klien dan perawat. Jika perawat mengakui sensitifitas dan perasaannya, mereka menjadi lebih sejati, autentik dan sensitif terhadap orang lain.</p>	<p>Pengembangan praktek spiritual setiap orang dan transpersonal diri sendiri, melampaui ego sendiri, terbuka kepada orang lain dengan kepekaan dan cinta kasih.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mempraktekan refleksi diri sendiri (menulis catatan harian, berdoa, meditasi); mendemonstrasikan kesediaan untuk mengeksplorasi perasaan, nilai dan keyakinan orang lain untuk mengembangkan diri • Menerapkan kearifan/kebijaksanaan dalam mengevaluasi situasi dan lingkungan, tidak dengan menghakimi • Mengembangkan ritual yang bermakna untuk mempraktekkan rasa syukur, memaafkan, berserah, dan kasih sayang • Menerima diri sendiri dan orang lain pada tingkat spiritual dasar sebagai suatu keunikan dan kelayakan dari penghormatan dan <i>caring</i> kita. • Ubah orientasi “tugas” menjadi interaksi untuk penyembuhan (<i>healing interactions</i>) • Tunjukkan kemampuan untuk memaafkan diri sendiri dan orang lain • Tunjukkan perhatian yang tulus kepada orang lain • Menilai kebaikan yang hakiki dari seseorang dan orang lain sebagai

		<p>manusia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan dengan sepenuh hati
<p><i>Pengembangan sikap menolong dan percaya, hubungan caring antar sesama.</i></p> <p>Pengembangan sikap menolong dan percaya, hubungan <i>caring</i> antar sesama transpersonal caring. Hubungan saling percaya dapat meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif. Melibatkan kongruen, empati, kehangatan yang tidak posesif, dan komunikasi efektif.</p>	<p>Mengembangkan dan mempertahankan suatu konsep saling menolong-saling percaya, hubungan <i>caring</i> yang sebenarnya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jagalah orang lain dengan kasih tanpa syarat dan penuh rasa hormat • Bekerja berdasarkan petunjuk subjektif dari orang lain • Lakukan perilaku yang tidak menghakimi • Tunjukkan sikap penuh kejujuran, menjalin hubungan yang tulus • Tunjukkan kesadaran akan gaya berkomunikasi diri sendiri dan orang lain (verbal dan non-verbal) • Tingkatkan komunikasi langsung, penuh rasa hormat, dan konstruktif • Beri kesempatan kepada orang lain untuk memilih waktu yang tepat untuk mengungkapkan persoalannya
<p><i>Peningkatan dan penerimaan terhadap ekspresi dari perasaan positif dan negatif.</i></p> <p>Berbagi perasaan adalah pengalaman mengambil risiko untuk klien dan perawat. Perawat harus mempersiapkan diri untuk perasaan positif dan negatif. Perawat harus mengakui bahwa pemahaman intelektual dan emosional terhadap situasi berbeda-beda.</p>	<p>Hadir, memberikan dukungan, ekspresi perasaan positif dan negatif sebagai suatu hubungan dengan semangat yang dalam dari diri sendiri dan orang yang dirawat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dorong klien untuk merefleksikan perasaan dan pengalaman • Tawarkan doa, ekspresi spiritual bila pantas • Bantu orang lain untuk melihat aspek yang baik dari situasi yang mereka alami • Aktif mendengarkan • Terima dan bantu orang lain untuk berhadapan dengan perasaan negative
<p><i>Penyelesaian masalah proses caring yang kreatif secara sistematis.</i></p> <p>Penggunaan proses keperawatan membawa penyelesaian masalah secara ilmiah ke dalam asuhan keperawatan, menghapus kesan tradisional bahwa perawat sebagai pembantu dokter. Proses keperawatan sama untuk proses riset yang sistematis dan terorganisir. Metode penyelesaian masalah yang ilmiah hanya satu-satunya cara yang</p>	<p>Menggunakan diri sendiri dan semua cara yang diketahui secara kreatif sebagai bagian dari proses <i>caring</i>, untuk terlibat dalam penerapan caring-healing yang artistik.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gabungkan pengetahuan tentang estetika, etika, empiris, personal, dan metafisika secara kreatif, imajinatif, dan berpikir kritis untuk mengekspresikan seni dan ilmu pengetahuan tentang <i>caring</i>. • Nyatakan dan gabungkan kesadaran bahwa kehadiran seseorang adalah sebuah elemen yang efektif untuk rencana perawatan orang lain. • Gunakan diri sendiri untuk menciptakan lingkungan yang menyembuhkan (<i>healing environment</i>) melalui: sentuhan, suara, kehadiran, gerakan, ekspresi, menulis catatan harian, bermain dengan gembira,

<p>mengizinkan untuk mengontrol dan memprediksi serta melakukan koreksi diri sendiri.</p>		<p>music, bernafas, relaksasi, visualisasi, kontak mata, senyuman, postur tubuh, aktif mendengarkan, keadaan lingkungan: alami, pencahayaan, suara, menghindari kebisingan, dll.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dorong orang lain untuk bertanya
<p><i>Peningkatan belajar-mengajar interpersonal.</i> Faktor ini adalah konsep penting untuk keperawatan yang memisahkan caring dan curing. Hal ini mengizinkan klien diinformasikan dan memindahkan tanggung jawab untuk kesejahteraan seseorang dan kesehatan klien. Perawat memfasilitasi proses ini dengan teknik belajar – mengajar yang didesain untuk membantu klien memberi perawatan diri sendiri, menentukan kebutuhan personal, dan memberi kesempatan untuk pertumbuhan personal mereka.</p>	<p>Terlibat dalam pengalaman belajar mengajar yang sebenarnya yang mengakui keutuhan diri orang lain dan berusaha untuk memahami sudut pandang orang lain</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aktif mendengarkan ketika seseorang menceritakan pengalaman hidupnya • Berbicara dengan lembut, tenang, dengan rasa hormat kepada orang lain, berikan perhatian yang penuh • Carilah hal pertama yang dipelajari dari orang lain, pahami pandangan hidup mereka; kemudian berbagi, sediakan informasi, alat, dan pilihan untuk memenuhi kebutuhan mereka (berdasarkan kerangka acuan mereka) • Terima orang lain sebagaimana adanya mereka, dengan pemahaman mereka, pengetahuan, dan kesiapan untuk belajar • Bantu orang lain untuk memahami bagaimana cara mereka berpikir tentang penyakit/kesehatannya • Tanyakan sejauh mana mereka mengetahui penyakit/kesehatan mereka
<p><i>Penyediaan dukungan, perlindungan, mental yang baik, fisik, sosial, dan lingkungan spiritual.</i> Perawat harus mengakui pengaruh lingkungan internal dan eksternal pada kesehatan penyakit individual. Konsep relevan dengan lingkungan internal meliputi kesehatan mental dan spiritual, dan keyakinan sosiokultural individu. Tambahan individual variabel epidemiologi meliputi kenyamanan, privasi, keamanan, dan kebersihan serta lingkungan yang estetik.</p>	<p>Menciptakan lingkungan penyembuhan pada seluruh tingkatan, baik fisik maupun non fisik, lingkungan yang hampir tidak kentara, seperti energi dan kesadaran, terdapat keutuhan, keindahan, kenyamanan, martabat, dan kedamaian bisa diciptakan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan ruang untuk keterhubungan manusia dengan peristiwa alamiah • Berpartisipasi dalam semangat penyembuhan lewat proses <i>caring</i> • Ciptakan lingkungan untuk penyembuhan (<i>healing environment</i>) melalui: perawat sebagai lingkungan, orang lain sebagai individu unik, cahaya, seni, air, bunyi, kebersihan, privasi, nutrisi, keindahan, keamanan, mencuci tangan, tingkat kenyamanan, dll. • Perhatikan orang lain ketika mereka bicara • Antisipasi kebutuhan mereka
<p><i>Bantuan pemenuhan kebutuhan dasar manusia.</i> Perawat mengakui kebutuhan</p>	<p>Membantu terpenuhinya kebutuhan dasar,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pandang orang lain sebagai suatu kesatuan yang utuh (holistic) • Hormati kebutuhan individual orang

<p>biofisik, psikofisik, psikososial, dan intrapersonal dirinya dan klien. Klien harus memuaskan kebutuhan yang lebih rendah sebelum berusaha memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi. Makananan, eliminasi dan ventilasi merupakan contoh kebutuhan biologis yang paling rendah. Aktualisasi diri merupakan kebutuhan intra dan interpersonal yang tinggi.</p>	<p>dengan kesadaran <i>caring</i> benar, memberikan “<i>human care essentials</i>”, yang memunculkan penyesuaian jiwa, raga dan pikiran, keutuhan, dan kesatuan diri dalam seluruh aspek perawatan; dengan melibatkan jiwa dan keberadaan secara spiritual.</p>	<p>lain</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buat orang lain nyaman mungkin • Bantu untuk mengurangi kekhawatiran • Berikan respon kepada keluarga, orang yang penting, dan orang yang mereka cintai • Hormati kebutuhan privasi orang lain • Hormati persepsi orang lain tentang dunia dan kebutuhan mereka yang unik • Libatkan keluarga/orang yang penting • Bantu orang lain memenuhi kebutuhan relaksasi, pemulihan, dan tidur
<p><i>Kekuatan dari sebuah eksistensi-fenomena-spiritual.</i> Fenomenologi menjelaskan data dari situasi segera yang membantu orang memahami fenomena dalam pertanyaan. Psikologi eksistensial adalah ilmu eksistensi manusia yang menggunakan analisis fenomenologikal. Watson mempertimbangkan faktor ini sulit untuk dipahami. Hal ini meliputi pengalaman berpikir menjemukan menuju pemahaman yang lebih baik tentang diri mereka sendiri dan orang lain.</p>	<p>Menelaah dan menghargai misteri spritual, dan eksistensi dimensi dari kehidupan dan kematian, “<i>soul care</i>” bagi diri sendiri dan orang yang dirawat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ijinkan keajaiban/mukjizat berlaku atas diri sendiri dan orang lain • Berserah dan antisipasi adanya keajaiban • Jaga dan pelihara harapan • Ketahuai apa yang penting dari diri sendiri dan orang lain • Tunjukkan rasa hormat kepada semua hal yang berarti bagi orang lain • Percaya bahwa cinta kasih dan kebaikan akan berlimpah dalam semua situasi dimana kehidupan itu ada • Terima bahwa beberapa peristiwa kehidupan tidak dapat dipahami

Daftar dimensi *caring* (*Caring Dimensions Inventory* = CDI) yang didesain oleh Watson dan Lea (1997) merupakan instrumen yang dikembangkan untuk meneliti perilaku perawat (perilaku *caring*). Daftar dimensi *caring* tersebut antara lain:

CDI 1. Membantu klien dalam ADL

CDI 2. Membuat catatan keperawatan mengenai klien

CDI 3. Merasa bersalah/menyesal kepada klien

CDI 4. Memberikan pengetahuan kepada klien sebagai individu

CDI 5. Menjelaskan prosedur klinik

- CDI 6. Berpakaian rapi ketika bekerja dengan klien
- CDI 7. Duduk dengan klien
- CDI 8. Mengidentifikasi gaya hidup klien
- CDI 9. Melaporkan kondisi klien kepada perawat senior
- CDI 10. Bersama klien selama prosedur klinik
- CDI 11. Bersikap manis dengan klien
- CDI 12. Mengorganisasi pekerjaan dengan perawat lain untuk klien
- CDI 13. Mendengarkan klien
- CDI 14. Konsultasi dengan dokter mengenai klien
- CDI 15. Mengajukan klien mengenai aspek self care
- CDI 16. Melakukan sharing mengenai masalah pribadi dengan klien
- CDI 17. Memberikan informasi mengenai klien
- CDI 18. Mengukur tanda vital klien
- CDI 19. Menempatkan kebutuhan klien sebelum kebutuhan pribadi
- CDI 20. Bersikap kompeten dalam prosedur klinik
- CDI 21. Melibatkan klien dalam perawatan
- CDI 22. Memberikan jaminan mengenai prosedur klinik
- CDI 23. Memberikan privacy kepada klien
- CDI 24. Bersikap gembira dengan klien
- CDI 25. Mengobservasi efek medikasi kepada klien

Hasil penelitian Lea Amanda et all (1998) menjelaskan bahwa semua item pada CDI mempunyai korelasi positif dengan item lainnya kecuali CDI no. 3 dan 16. Untuk mengukur perilaku caring perawat, kelompok IV menyusun instrumen berdasarkan CDI 1-25.

Watson mengatakan proses keperawatan sama dengan langkah-langkah proses penelitian ilmiah. Rasionalnya semua proses itu identik dengan usaha untuk memecahkan masalah atau menjawab pertanyaan penelitian. Juga untuk menemukan menemukan solusi terbaik. Watson mengerjakan dua proses yang dipadukan sebagai berikut (yang digaris miring menunjukkan proses riset digabungkan dengan proses keperawatan) :

Pengkajian

- Pengkajian meliputi *observasi*, *identifikasi*, dan *review masalah: penggunaan pengetahuan* yang dapat diterapkan *dari literatur*.

- Meliputi pengetahuan konseptual untuk *formulasi* dan *konseptualisasi kerangka kerja* untuk melihat dan mengkaji masalah.
- Juga meliputi *formulasi hipotesis* tentang hubungan dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah.
- Pengkajian juga meliputi *mendefinikan variabel* yang akan diuji dalam pemecahan masalah.

Watson (1979) dalam Julia (1995) menjelaskan kebutuhan yang harus dikaji oleh perawat yaitu:

- a. *Lower order needs (biophysical needs)* yaitu kebutuhan untuk tetap hidup meliputi kebutuhan nutrisi, cairan, eliminasi, dan oksigenisasi.
- b. *Lower order needs (psychophysical needs)* yaitu kebutuhan untuk berfungsi, meliputi kebutuhan aktifitas, aman, nyaman, seksualitas.
- c. *Higher order needs (psychosocial needs)*, yaitu kebutuhan integritas yang meliputi kebutuhan akan penghargaan dan berafiliasi.
- d. *Higher order needs (intrapersonal-interpersonal needs)*, yaitu kebutuhan untuk aktualisasi diri.

Perencanaan

- Rencana membantu menentukan *bagaimana variabel akan diuji* atau diukur.
- Meliputi *pendekatan konseptual* atau desain untuk pemecahan masalah yang merujuk pada asuhan keperawatan.
- Juga meliputi menentukan data apa yang akan dikumpulkan dan siapa dan bagaimana data dikumpulkan.

Intervensi

- Intervensi adalah tindakan langsung dan implementasi dari rencana.
- Meliputi kumpulan data.

Evaluasi

- Evaluasi adalah metode dan proses untuk *menganalisa data* dan sama seperti pengujian efek intervensi berdasarkan data.
- Meliputi *interpretasi hasil*, derajat hasil positif yang terjadi, dan apakah hasil dapat digeneralisasikan di luar situasi tersebut.

Diluar hal diatas, menurut Watson, evaluasi mungkin juga membuat hipotesis tambahan atau kemungkinan yang mengarah pada generasi teori keperawatan berdasarkan masalah yang dipelajari dan solusi-solusinya.

Analisis Kasus

Ny. E (67 Tahun) masuk RS dirawat di ruang perawatan dewasa dengan keluhan kepala pusing, pandangan kabur, nyeri dibagian leher belakang seperti tertusuk-tusuk dan badan terasa lemas. Ayah klin memiliki riwayat penyakit jantung, klien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Tetapi tidak rutin mengkonsumsi obat. Klien kontrol ke klinik sekitar 2 bulan yang lalu dan mendapatkan obat Captopril, tetapi ketika obatnya habis klien tidak kontrol lagi, TD=180/100 mmHg, Nadi= 100x/menit, RR=18x/menit, Suhu =37C, EKG=sinus ritim, Thorax photo: CTR 64%, cardiomegali konfigurasi aorta, klien mendapatkan terapi IVFD Asering 8 tetes/menit, Amlodipine 1x10 mg, Valsartan 1x80 mg.

A. Pengkajian

1. *Lower order needs (biophysical needs):*

- a) TD=180/100 mmHg
- b) Nadi= 100x/menit
- c) RR=18x/menit
- d) Suhu =37C
- e) Thorax photo: CTR 64%, cardiomegali konfigurasi aorta
- f) Terapi IVFD Asering 8 tetes/menit, Amlodipine 1x10 mg, Valsartan 1x80 mg
- g) klien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Tetapi tidak rutin mengkonsumsi obat.

2. *Lower order needs (psychophysical needs):*

- a) Pasien mengeluh kepala pusing, Pandangan Kabur, Nyeri bagian leher seperti tertusuk-tusuk, Badan terasa lemas
- b) Klien tampak menyeringai menahan nyeri
- c) Klien tidak menyangka penyakitnya sampai seperti ini.

3. *Higher order needs (psychosocial needs):*

Support system klien saat ini : anak yang pertamanya karena suaminya sudah tiada.

4. *Higher order needs (intrapersonal-interpersonal needs):*

Klien pasrah terhadap penyakitnya karena sudah menderita hipertensi selama 5 tahun, dan tidak sanggup untuk kontrol secara rutin karena tidak ada yang mengantar.

B. Diagnosis Keperawatan (Nanda Insternational, 2014)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologi: iskemia (00132)
2. Resiko penurunan fungsi kardio berhubungan dengan hipertensi (00239)

3. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan, ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen (00092)
4. Cemas berhubungan dengan status, lingkungan, kesehatan, krisis situasional (00146)
5. Resiko injuri berhubungan dengan penurunan disfungsi sensori; penglihatan (00035)
6. Ketidakefektifan management kesehatan berhubungan dengan regimen pengobatan yang kompleks, dukungan sosial yang tidak memadai (00078)

C. Intervensi

No. DX	Nursing Outcome Classification (NOC)	Nursing Intervention Classification (NIC)
01	NOC <ul style="list-style-type: none"> • Pain Level, • Pain control, • Comfort level 	NIC : Pain Management <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi ▪ Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan ▪ Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien ▪ Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri ▪ Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau ▪ Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau ▪ Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan ▪ Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan ▪ Kurangi faktor presipitasi nyeri ▪ Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) ▪ Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi ▪ Ajarkan tentang teknik non farmakologi ▪ Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri ▪ Evaluasi keefektifan kontrol nyeri ▪ Tingkatkan istirahat ▪ Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil ▪ Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri Analgesic Administration <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi ▪ Cek riwayat alergi ▪ Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu ▪ Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri ▪ Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal ▪ Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur ▪ Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali ▪ Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat ▪ Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)
02	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiac Pump effectiveness • Circulation Status • Vital Sign Status 	<p>NIC :</p> <p>Cardiac Care</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas,lokasi, durasi) • Catat adanya disritmia jantung • Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output • Monitor status kardiovaskuler • Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung • Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi • Monitor balance cairan • Monitor adanya perubahan tekanan darah • Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia • Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan • Monitor toleransi aktivitas pasien • Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipeu dan ortopneu • Anjurkan untuk menurunkan stress <p>Fluid Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan catatan intake dan output yang akurat • Pasang urin kateter jika diperlukan • Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan • Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi

		<p>cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP • Monitor vital sign sesuai indikasi penyakit • Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP , edema, distensi vena leher, asites) • Monitor berat pasien sebelum dan setelah dialisis • Kaji lokasi dan luas edema • Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian • Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi cairan sesuai program • Monitor status nutrisi • Berikan cairan • Kolaborasi pemberian diuretik sesuai program • Berikan cairan IV pada suhu ruangan • Dorong masukan oral • Berikan penggantian nesogatrik sesuai output • Dorong keluarga untuk membantu pasien makan • Tawarkan snack (jus buah, buah segar) • Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na < 130 mEq/l • Monitor respon pasien terhadap terapi elektrolit • Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk • Atur kemungkinan tranfusi • Persiapan untuk tranfusi <p>Fluid Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi • Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidak seimbangan cairan (Hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaporesis, disfungsi hati, dll) • Monitor berat badan • Monitor serum dan elektrolit urine • Monitor serum dan osmilalitas urine • Monitor BP<HR, dan RR • Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung • Monitor parameter hemodinamik infasif • Catat secara akutar intake dan output • Monitor membran mukosa dan turgor kulit, serta rasa haus • Catat monitor warna, jumlah dan • Monitor adanya distensi leher, rinchi, eodem perifer dan penambahan BB
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala dari odema • Beri cairan sesuai keperluan • Kolaborasi pemberian obat yang dapat meningkatkan output urin • Lakukan hemodialisis bila perlu dan catat respons pasien <p>Vital Sign Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor TD, nadi, suhu, dan RR ▪ Catat adanya fluktuasi tekanan darah ▪ Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri ▪ Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan ▪ Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas ▪ Monitor kualitas dari nadi ▪ Monitor adanya pulsus paradoksus ▪ Monitor adanya pulsus alterans ▪ Monitor jumlah dan irama jantung ▪ Monitor bunyi jantung ▪ Monitor frekuensi dan irama pernapasan ▪ Monitor suara paru ▪ Monitor pola pernapasan abnormal ▪ Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit ▪ Monitor sianosis perifer ▪ Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) ▪ Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
03	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Energy conservation • Activity tolerance • Self Care : ADLs 	<p>NIC :</p> <p>Energy Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas • Dorong anal untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan • Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan • Monitor nutrisi dan sumber energi tangadkuat • Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan • Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas • Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien <p>Activity Therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalammerencanakan progran terapi yang tepat. • Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan • Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yangsesuai dengan kemampuan fisik, psikologi

		<p>dan social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan • Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek • Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai • Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang • Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas • Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas • Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan • Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual
04	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anxiety control • Coping • Impulse control 	<p>NIC :</p> <p>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gunakan pendekatan yang menenangkan • Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien • Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur • Pahami perspektif pasien terhadap situasi stres • Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi ketakutan • Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis • Dorong keluarga untuk menemani anak • Lakukan back / neck rub • Dengarkan dengan penuh perhatian • Identifikasi tingkat kecemasan • Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan • Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi • Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi • Berikan obat untuk mengurangi kecemasan
05	<p>NOC : Risk Kontrol</p>	<p>NIC : Environment Management (Manajemen lingkungan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien ▪ Identifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien ▪ Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan)

	<ul style="list-style-type: none">▪ Memasang side rail tempat tidur▪ Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih▪ Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien.▪ Membatasi pengunjung▪ Memberikan penerangan yang cukup▪ Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien.▪ Mengontrol lingkungan dari kebisingan▪ Memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan▪ Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan penyebab penyakit.
--	--

(Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013); (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013)

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier Inc.
- Beevers, D. G., Lip, G. Y. H., & O'Brien, E. (2015). *ABC of Hypertension* (6th ed.). The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6th ed.). USA: Elsevier Inc.
- Cohen, L. D., & Townsend, R. R. (2008). In the Clinic Hypertension.
- Daniels, R., & Nicoll, L. H. (2012). *Contemporary Medical Surgical Nursing* (2nd ed.). New York: Cengage Learning.
- Erci, B., Sayan, A., Tortumluoglu, G., Kiliç, D., Sahin, O., & Güngörmüş, Z. (2003). The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal Of Advanced Nursing [J Adv Nurs]*, 41(3), 130–139. <http://doi.org/0309-2402>
- JNC 7. (2003). Prevention , Detection , Evaluation , and Treatment of. *Blood Pressure*, 289(19), 1206–52. <http://doi.org/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2>
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). *Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI tentang Hipertensi*. Jakarta.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (5th ed.). USA: Elsevier Inc.
- Nanda International. (2014). *Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2015-2017* (10th ed.). Oxford: Wiley Blackwell.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. (2003). *Pedoman Tatalaksana Penyakit Kardiovaskular di indonesia*.
- Ram, C. V. S. (2014). *Hypertension: A Clinical Guide*. New York: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Smeltzer, S. C., Hinkle, J. L., Bare, B. G., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (12th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Timby, B. K., & Smith, N. E. (2010). *Introductory Medical Surgical Nursing* (10th ed.). 2010: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yugiantoro, M. (2006). *Hipertensi Esensial*. In: Sudoyo, Aru.w., ed. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.

