

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi adalah keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagai mana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah normal (Wijaya & Putri, 2016). Peningkatan tekanan darah salah satunya akan menyebabkan pusing atau sakit kepala (nyeri pada kepala), sehingga dapat mempengaruhi aktivitas, istirahat dan tidur. *National Heart, Lung, and Blood Institut dari United States Department of Health* pada tahun (2018) menginformasikan bahwa kurang tidur atau kualitas tidur yang buruk meningkatkan resiko terjadi hipertensi, penyakit jantung, dan kondisi medis lainnya.

Sakit kepala akibat tekanan darah tinggi menyebabkan sakit kepala yang luar biasa. Seluruh kepala seperti dicengkeram yang dapat menyebar ke leher dan bahu (Astawan, 2016). Penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah salah satu jenis penyakit yang mematikan di dunia dan faktor risiko paling utama terjadinya hipertensi yaitu faktor usia sehingga tidak heran penyakit hipertensi sering dijumpai pada usia senja/ usia lanjut (Fauzi, 2014). Hipertensi dapat menyebabkan penyakit jantung, stroke, gagal ginjal dan gangguan pada polatidur jika tidak dilakukan upaya pencegahan dini.

Data World Health Organization (WHO) pada tahun 2015 berkisar 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi dan sepertiga penduduk Indonesia menderita hipertensi. Sedangkan menurut Riskesdas tahun 2018 di Indonesia penderita hipertensi mencapai 34,1 persen orang. Di provinsi Jawa Timur angka hipertensi pada tahun 2020 mencapai 8,01 persen.

Menurut National Sleep Foundation sekitar 67% dari 1,508 lansia di Amerika usia di atas 65 tahun melaporkan mengalami gangguan tidur karena hipertensi dan sebanyak 7,3% lansia mengeluhkan gangguan tidur atau insomnia. Di Indonesia gangguan tidur yang disebabkan oleh hipertensi menyerang sekitar 50% orang yang berusia 60 tahun.

Penderita Hipertensi di RSUD Blambangan pada tahun 2020 sebanyak 165 penderita. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Ruang Penyakit (RPD) RSUD Blambangan didapatkan penderita hipertensi pada bulan Januari sampai September 2021 sebanyak 61 penderita (Ruang Penyakit Dalam). Didapatkan pula penderita hipertensi dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur sebanyak 12 penderita (Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi, 2021).

Hipertensi dipengaruhi oleh curah jantung dan tahanan perifer. Adapun faktor yang mempengaruhi hipertensi seperti faktor renin, angiotensis, dan aldosteron. Adanya peningkatan aktivitas tonus simpatis, ditahap awal hipertensi curah jantung meningkat, tahanan perifer normal, pada tahap selanjutnya curah jantung normal, tahanan perifer meningkat dan terjadilah refleksi autoregulasi seperti mekanisme tubuh untuk mempertahankan keadaan hemodinamik yang normal. Hipertensi yang sudah lama dan belum ada penanganan sama sekali dapat berakibat fatal yaitu merusak pembuluh darah diseluruh tubuh seperti mata, jantung, ginjal dan juga otak. Jantung dapat membesar apabila dipaksa meningkatkan beban kerja saat memompa melawan tingginya tekanan darah pada orang yang menderita hipertensi. Hipertensi dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti obesitas, pola makan yang tidak teratur, mengonsumsi garam yang berlebihan, kurang berolahraga, stress, bahkan merokok dan mengonsumsi minuman berakohol. Modifikasi gaya hidup yang lebih sehat sangatlah penting dalam pencegahan Hipertensi, terutama dalam mengendalikan faktor risiko hipertensi. (Fauzi, 2014)

Hipertensi terjadi karena tekanan darah terutama dikontrol oleh system saraf simpatik (kontrol jangka pendek) dan ginjal (kontrol jangka Panjang). Mekanisme yang berhubungan dengan penyebab hipertensi melibatkan perubahan pada curah jantung dan resistensi vascular perifer. Aktivitas simpatik pada pembuluh darah sehingga seseorang akan mengalami perubahan curah jantung yang tidak signifikan pada malam hari hal ini akan menyebabkan penderita hipertensi mengalami gangguan pola tidur.

Pada pada tahap awal hipertensi primer curah jantung meningkat sedangkan tahanan perifer normal, keadaan ini disebabkan peningkatan aktivitas simpatik. Saraf simpatik mengeluarkan norepinefrin, sebuah vasokonstriktor yang mempengaruhi pembuluh arteri dan arteriol sehingga resistensi perifer meningkat. Pola tidur yang tidak adekuat dan kualitas tidur yang buruk dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan fisiologis dan psikologis dalam diri seseorang, selain itu durasi tidur yang pendek dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan hipertensi peningkatan tekanan darah 24 jam dan denyut jantung, peningkatan sistem simpatik dan peningkatan retensi garam (Fauzi, 2014).

Gangguan pola tidur merupakan interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor internal maupun eksternal, pada masalah gangguan pola tidur antara lain kesulitan saat memulai tidur, ketidakpuasan tidur, menyatakan tidak merasa cukup istirahat, penurunan kemampuan berfungsi, perubahan pola tidur normal, sering terjaga tanpa sebab yang jelas (Herdman Kamitsuru, 2015).

Dalam penatalaksanaan pasien hipertensi dengan masalah gangguan pola tidur di antaranya dengan melakukan penerapan standart asuhan keperawatan, salah satunya dengan menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat, menciptakan lingkungan yang nyaman sebelum tidur sehingga kualitas tidur dapat meningkat. Upaya untuk memperbaiki pola tidur yang terganggu dapat memperbaikinya dengan merubah gaya hidup yang tidak sehat menjadi gaya hidup yang sehat, tidur sesuai kebutuhan, dan menjaga pikiran supaya tidak mengalami tekanan karena stress yang berlebih. Selain itu dukungan keluarga seperti memberikan perhatian, kasih sayang, kepedulian dan memberikan dukungan informasi tentang kesehatan, saran dan pengobatan terhadap pasien hipertensi juga sangat dibutuhkan (SIKI, 2017).

Pencegahan hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan ataupun dengan cara modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok, dan minuman beralkohol. Olahraga juga dianjurkan bagi penderita hipertensi. (Pusdatin Kemenkes, 2015).

1.2 Rumusan Masalah

Masalah pada studi kasus ini di batasi pada Asuhan Keperawatan pada pasien Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2021. Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien Hipertensi dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2021.

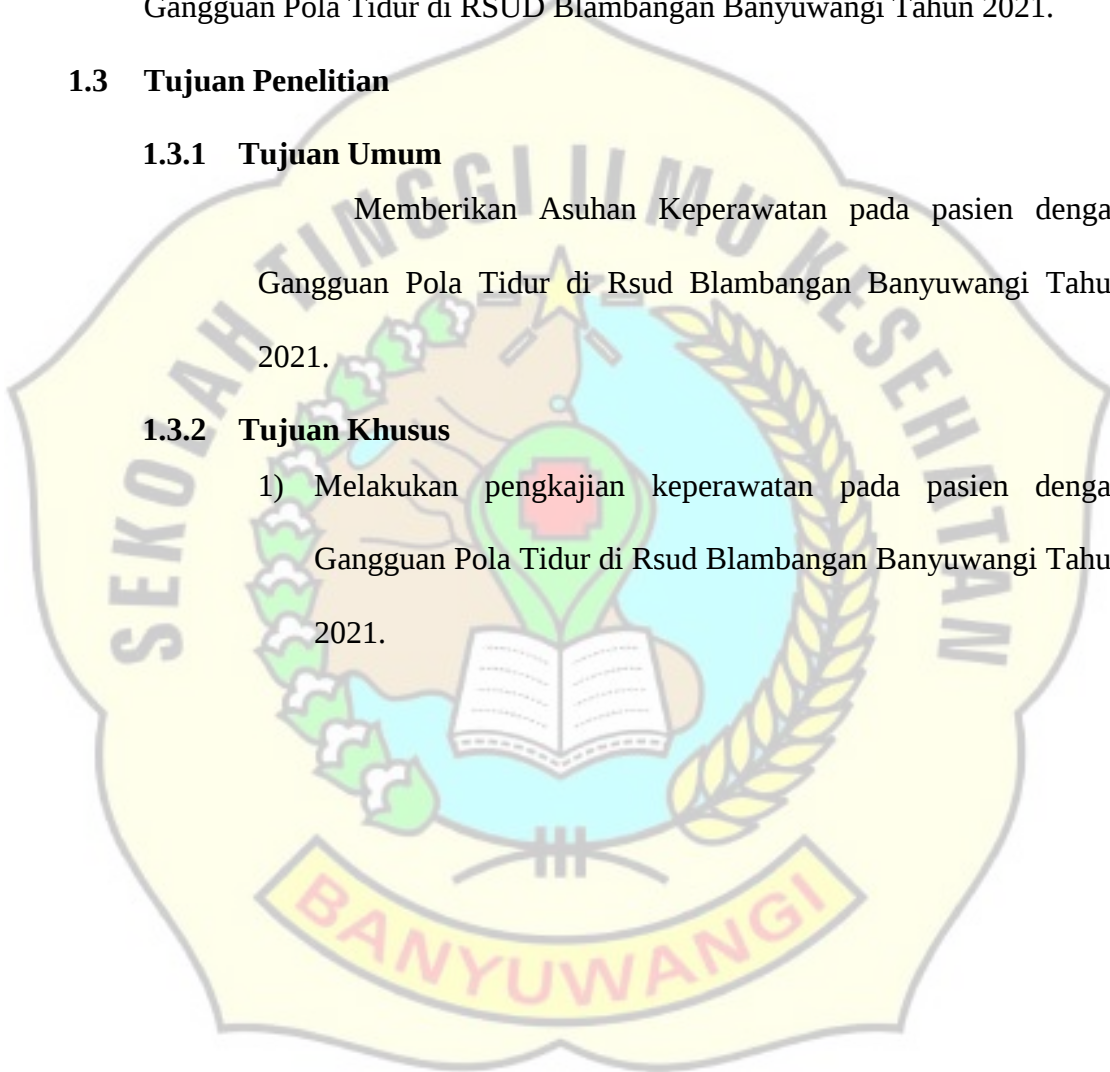
1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Pola Tidur di Rsud Blambangan Banyuwangi Tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Gangguan Pola Tidur di Rsud Blambangan Banyuwangi Tahun 2021.



- 2) Melakukan perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Gangguan Pola Tidur di Rsud Blambangan Banyuwangi Tahun 2021.
- 3) Melakukan intervensi keperawatan pada pasien dengan Gangguan Pola Tidur di Rsud Blambangan Banyuwangi Tahun 2021.
- 4) Melakukan Implementasi keperawatan pasien dengan Gangguan Pola Tidur di Rsud Blambangan Banyuwangi Tahun 2021.
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Gangguan Pola Tidur di Rsud Blambangan Banyuwangi Tahun 2021.

1.4 Manfaat Penelitian

Tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1.4.1 Manfaat Akademis

Hasil studi ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan dengan kasus Hipertensi.

1.4.2 Manfaat praktis

- 1) Bagi pelayanan kesehatan

Studi kasus ini di harapkan dapat memberikan masukan bagi tempat penelitian dalam rangka upaya meningkatkan pemberian Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur.

2) Bagi peneliti

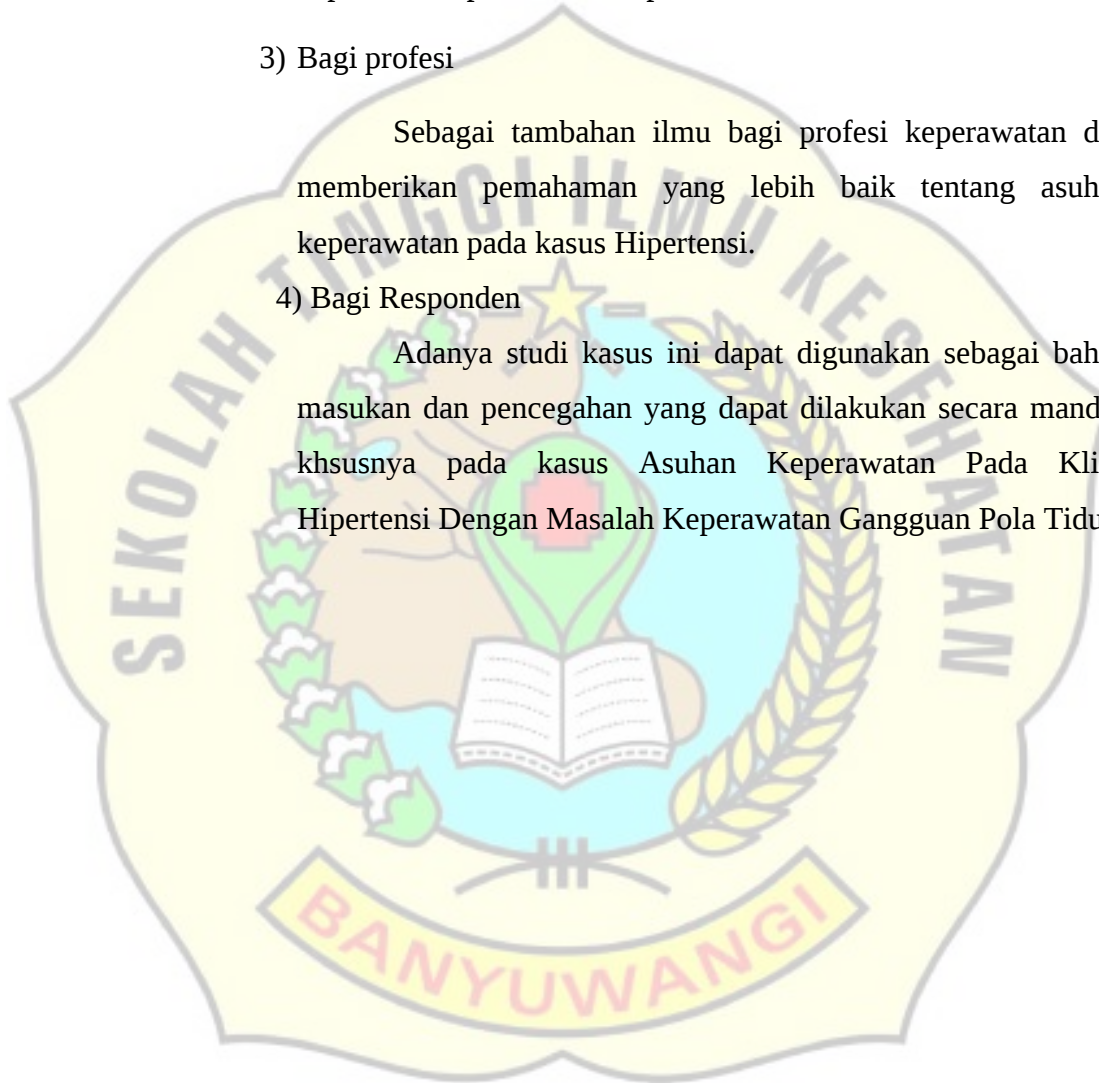
Hasil penelitian ini dapat menjadi rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada kasus Hipertensi.

3) Bagi profesi

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada kasus Hipertensi.

4) Bagi Responden

Adanya studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan pencegahan yang dapat dilakukan secara mandiri khususnya pada kasus Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan semakin tinggi tekanan darah maka semakin besar resikonya (Slyvia A.price 2015).

Sedangkan menurut (Brunner & Suddart, 2015) Hipertensi merupakan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya diatas 140mmHg dan tekanan diastoliknya diatas 90mmHg. Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, gagal ginjal dan disebut sebagai “pembunuh diam-diam” karena orang dengan hipertensi sering tidak menampakkan gejala.

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Pengukuran tekanan darah dapat dilakukan dengan menggunakan sfigmomanometer air raksa atau dengan tensimeter digital. Hasil dari pengukuran tersebut adalah tekanan sistol maupun diastole yang dapat digunakan untuk menentukan Hipertensi atau tidak. Terdapat beberapa klasifikasi hipertensi pada pengukuran hasil tersebut.

Klasifikasi tekanan darah sistolik dan diastolik dibagi menjadi empat klasifikasi (Smeltzer, 2012) yaitu :

Tabel 2.1 klasifikasi tekanan darah sistolik dan diastolik

Kategori	Sistolik(mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg
Normal Tinggi	120- 139mmHg	80- 89mmHg
Hipertensi <i>stage 1</i>	140- 159mmHg	90- 99mmHg
Hipertensi <i>stage 2</i>	≥160 mmHg	≥100 mmHg

(sumber : Smeltzer, et al, 2012)

Hipertensi juga dapat diklasifikasikan berdasarkan tekanan darah orang dewasa menurut (Triyono, 2014) adapun klasifikasi tersebut sebagai berikut :

Tabel 2.1 klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa

Kategori	Sistolik(mmHg)	Diastolik(mmHg)
Normal	<130 mmHg	<85 mmHg
Normal Tinggi	130- 139mmHg	85- 89mmHg
Stadium 1 (ringan)	140- 159mmHg	90- 99mmHg
Stadium 2 (sedang)	160- 179mmHg	100- 109mmHg
Stadium 3 (berat)	180- 209mmHg	110- 119mmHg
Stadium 4 (maligna)	≥210 mmHg	≥120 mmHg

(sumber : Triyono, 2014)

2.1.3 Etiologi Hipertensi

Hipertensi dapat didiagnosa sebagai penyakit yang berdiri sendiri tetapi sering dijumpai dengan penyakit lain, misalnya arteriosklerosis, obesitas, dan diabetes melitus. Berdasarkan

penyebabnya, hipertensi dapat dikelompokkan menjadi dua golongan yaitu (WHO, 2014) :

1) Hipertensi esensial atau hipertensi primer

Hipertensi primer atau esensial adalah tidak dapat diketahui penyebabnya. Sebanyak 90-95 persen kasus hipertensi yang terjadi tidak diketahui dengan pasti apa penyebabnya. Para pakar menemukan hubungan antara riwayat keluarga penderita hipertensi (genetik) dengan resiko menderita penyakit ini. Selain itu juga para pakar menunjukkan stress sebagai tertuduh utama, dan faktor lain yang mempengaruhinya. Faktor-faktor lain yang dapat dimasukkan dalam penyebab hipertensi jenis ini adalah lingkungan, kelainan metabolisme, intra seluler, dan faktor-faktor yang meningkatkan resikonya seperti obesitas, merokok, konsumsi alkohol, dan kelainan darah.

2) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah kenaikan tekanan darah dengan penyebab tertentu. Pada 5-10 persen kasus sisanya penyebab khususnya sudah diketahui, yaitu gangguan hormonal, penyakit diabetes, jantung, ginjal, penyakit pembuluh darah atau berhubungan dengan kehamilan. Kasus yang sering terjadi adalah karena tumor kelenjar adrenal. Garam dapur akan memperburuk resiko hipertensi tetapi bukan faktor penyebab. Sedangkan

menurut Wijaya & Putri (2013), penyebab hipertensi sekunder diantaranya berupa kelainan ginjal seperti tumor, diabetes, kelainan adrenal, kelainan aorta, kelainan endokrin lainnya seperti obesitas, resistensi insulin, hipertiroidisme dan pemakaian obat-obatan seperti kontrasepsi oral dan kortikosteroid.

2.1.4 Faktor-Faktor Resiko Hipertensi

Faktor-faktor resiko hipertensi yang tidak dapat diubah dan yang dapat diubah oleh penderita hipertensi menurut (Black & Hawks, 2014) adalah sebagai berikut :

1) Faktor-faktor resiko yang tidak dapat diubah

a) Riwayat keluarga

Hipertensi dianggap poligenik dan multifaktorial yaitu, pada seseorang dengan riwayat keluarga, beberapa gen berinteraksi dengan yang lainnya dan juga lingkungan yang dapat menyebabkan tekanan darah naik dari waktu ke waktu. Klien dengan orang tua yang memiliki hipertensi berada pada risiko hipertensi yang lebih tinggi pada usia muda. (Black & Hawks, 2014)

b) Usia

Hipertensi primer biasanya muncul antara usia 30-50 tahun. Peristiwa hipertensi meningkat dengan usia 50-60 % klien yang berumur lebih dari 60 tahun memiliki tekanan darah

lebih dari 140/90 mmHg. Diantara orang dewasa, pembacaan tekanan darah sistolik lebih dari pada tekanan darah diastolik karena merupakan predictor yang lebih baik untuk kemungkinan kejadian dimasa depan seperti penyakit jantung koroner, stroke, gagal jantung, dan penyakit ginjal. (Black & Hawks, 2014)

c) Jenis kelamin

Hipertensi lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita sampai kira-kira usia 55 tahun. Resiko pada pria dan wanita hamper sama antara usia 55 sampai 74 tahun, wanita beresiko lebih besar. (Black & Hawks, 2014)

d) Etnis

Peningkata pravelensi hipertensi diantara orang berkulit hitam tidaklah jelas, akan tetapi penigkatannya dikaitkan dengan kadar renin yang lebih rendah, sensitivitas yang lebih besar terhadap vasopressin, tinginya asupan garam, dan tinggi stress lingkungan. (Black & Hawks, 2014)

2) Faktor-faktor resiko yang dapat diubah

a) Diabetes mellitus

Hipertensi telah terbukti terjadi lebih dua kali lipat pada klien diabetes mellitus karena diabetes mempercepat

aterosklerosis dan menyebabkan hipertensi karena kerusakan pada pembuluh darah besar.

b) Stress

Stress meningkat resistensi vaskuler perifer dan curah jantung serta menstimulasi aktivitas saraf simpatis. Stress adalah permasalahan persepsi, interpretasi orang terhadap kejadian yang menciptakan banyak stressor dan respon stress.

c) Obesitas

Obesitas terutama pada tubuh bagian atas, dengan meningkatnya jumlah lemak disekitar diafragma, pinggang dan perut, dihubungkan dengan pengembangan hipertensi. Kombinasi obesitas dengan faktor-faktor lain dapat ditandai dengan sindrom metabolis, yang juga meningkatkan resiko hipertensi.

d) Nutrisi

Kelebihan mengonsumsi garam bias menjadi pencetus hipertensi pada individu. Diet tinggi garam menyebabkan pelepasan hormone natriuretik yang berlebihan, yang mungkin secara tidak langsung meningkatkan tekanan darah. Muatan natrium juga menstimulasi mekanisme vaseoresor didalam sistem saraf pusat. Penelitian juga menunjukkan bahwa asupan

diet rendah kalsim, kalium, dan magnesium dapat berkontribusi dalam pengembangan hipertensi.

e) Penyalahgunaan obat

Merokok sigaret, mengosumsi banyak alkohol, dan beberpa penggunaan obat terlarang merupakan faktor-faktor resiko hipertensi. pada dosis tertentu nikotin dalam rokok sigaret serta obat seperti kokain dapat menyebabkan naiknya tekanan darah secara langsung.

2.1.5 Manifestasi Klinis Hipertensi

Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. (Wijaya & Putri, 2013) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul :

- 1) Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan intracranial.
- 2) Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi.
- 3) Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- 4) Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- 5) Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

Sedangkan tanda dan gejala utama hipertensi menurut (Aspiani, 2014) yang dikeluhkan oleh penderita Hipertensi yaitu :

- 1) Sakit kepala.
- 2) Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk.
- 3) Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh.
- 4) Berdebar atau detak jantung terasa cepat.
- 5) Telinga berdenging yang memerlukan penanganan segera.

2.1.6 Patofisiologi Hipertensi

Faktor predisposisi yang saling berhubungan juga turut serta menyebabkan peningkatan tekanan darah pada pasien hipertensi. Di antaranya adalah faktor primer dan faktor sekunder. Faktor primer adalah faktor genetik, gangguan emosi, obesitas, konsumsi alkohol, kopi, obat-obatan, asupan garam, stress, kegemukan, merokok, aktivitas fisik yang kurang. Sedangkan faktor sekunder adalah kelainan ginjal seperti tumor, diabetes, kelainan adrenal, kelainan aorta, kelainan endokrin lainnya seperti obesitas, resistensi insulin, hipertiroidisme dan pemakaian obat-obatan seperti kontrasepsi oral dan kortikosteroid (Wijaya & Putri, 2013).

Mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis

ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak ke bawah melalui saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuro preganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf paska ganglion ke pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut biasa terjadi (Wijaya & Putri, 2013).

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mengsekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mengsekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal,

menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua factor tersebut cenderung pencetus keadaan hipertensi (Wijaya & Putri, 2013).

Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada lanjut usia. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang ada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang di pompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer. (Wijaya & Putri, 2013).

2.1.7 Komplikasi Hipertensi

Tekanan darah tinggi bila tidak segera diobati atau ditanggulangi, dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita hipertensi yaitu : (Aspiani, 2014)

1) Stroke

Terjadi akibat hemoragi disebabkan oleh tekanan darah tinggi di otak dan akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan darah tinggi.

2) Infark Miokard,

Dapat terjadi bila arteri koroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium dan apabila membentuk 12 trombus yang bisa memperlambat aliran darah melewati pembuluh darah. Hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Sedangkan hipertrofi ventrikel dapat menyebabkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel terjadilah disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan.

3) Gagal Jantung,

Dapat disebabkan oleh peningkatan darah tinggi. Penderita hipertensi, beban kerja jantung akan meningkat, otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitasnya, disebut dekomposisi. Akibatnya jantung tidak mampu lagi memompa, banyak cairan tertahan diparu yang dapat menyebabkan sesak nafas (eudema) kondisi ini disebut gagal jantung.

4) Ginjal,

Tekanan darah tinggi bisa menyebabkan kerusakan ginjal. Merusak sistem penyaringan dalam ginjal akibat ginjal tidak dapat membuat zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan dalam tubuh.

5) Gangguan Pola Tidur

Tekanan darah tinggi bisa menyebabkan peningkatan aktivitas system saraf simpatik dan merangsang stress sehingga pola tidur menjadi tidak efektif.

2.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Tujuan tiap program penanganan bagi setiap pasien adalah mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Efektivitas setiap program ditentukan oleh derajat hipertensi, komplikasi, biaya perawatan dan kualitas hidup sehubungan dengan terapi (Brunner & Suddart, 2015).

1) Terapi nonfarmakologis

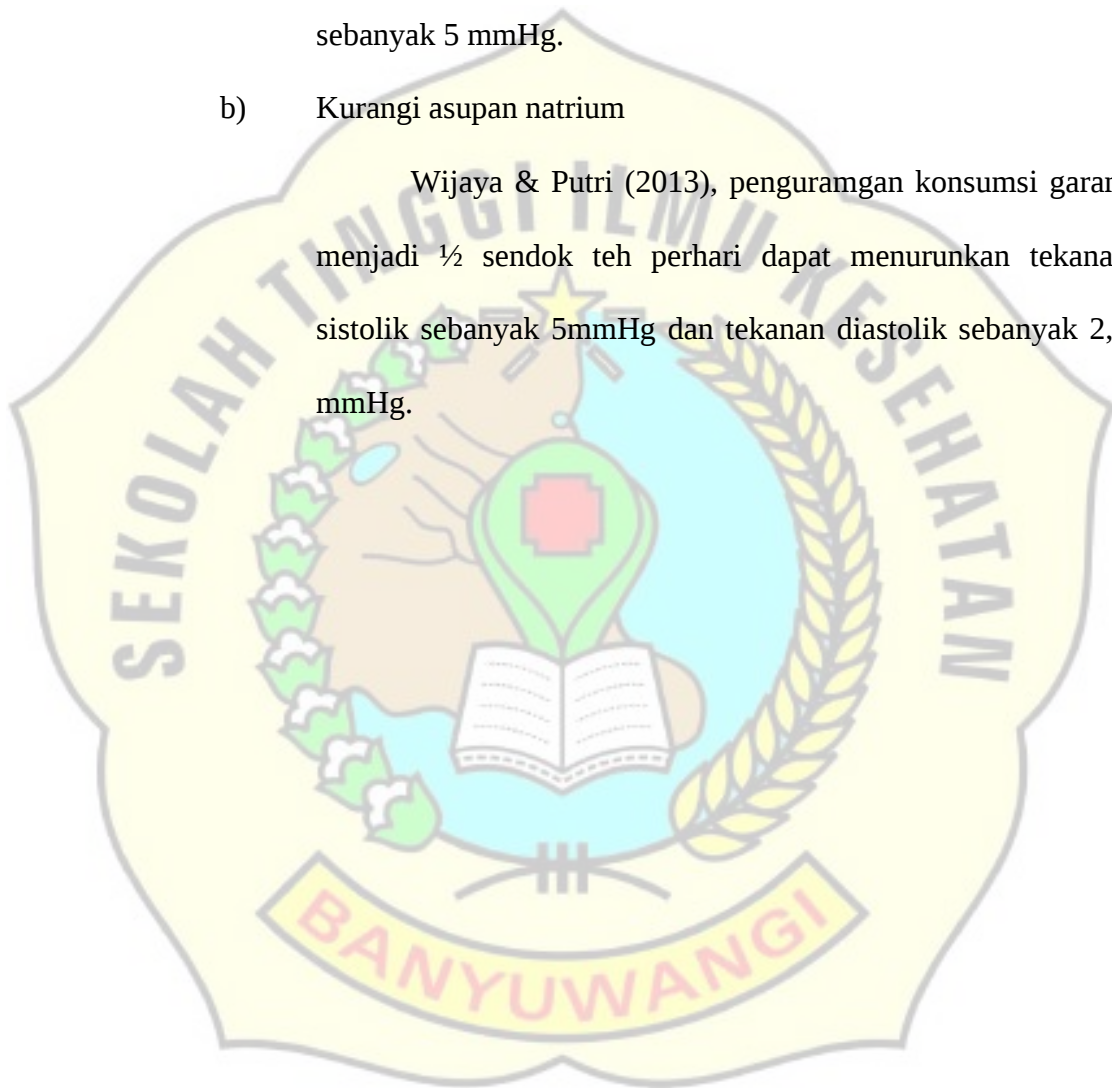
Wijaya & Putri (2013), menjelaskan bahwa penatalaksanaan non farmakologis terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup sangat penting dalam mencegah tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan hipertensi dengan non farmakologis terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah yaitu :

a) Mempertahankan berat badan ideal

Wijaya & Putri (2013), mengatasi obesitas juga dapat dilakukan dengan melakukan diet rendah kolesterol namun kaya dengan serat dan protein, dan jika berhasil menurunkan berat badan 2,5-5 kg maka tekanan darah diastolik dapat diturunkan sebanyak 5 mmHg.

b) Kurangi asupan natrium

Wijaya & Putri (2013), pengurangan konsumsi garam menjadi $\frac{1}{2}$ sendok teh perhari dapat menurunkan tekanan sistolik sebanyak 5mmHg dan tekanan diastolik sebanyak 2,5 mmHg.



c) Batasi konsumsi alkohol

Wijaya & Putri (2013), konsumsi alkohol harus dibatasi karena konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah. Para peminum berat mempunyai resiko mengalami hipertensi empat kali lebih besar dari pada mereka yang tidak meminum berakohol.

d) Diet yang mengandung kalium dan kalsium

Wijaya & Putri (2013), Pertahankan asupan diet potassium (>90 mmol (3500 mg)/hari) dengan cara konsumsi diet tinggi buah dan sayur seperti: pisang, alpukat, papaya, jeruk, apelkacang-kangan, kentang dan diet rendah lemak dengan cara mengurangi asupan lemak jenuh dan lemak total.

e) Menghindari merokok

Wijaya & Putri (2013), merokok memang tidak berhubungan secara langsung dengan timbulnya hipertensi,

tetapi merokok dapat menimbulkan resiko komplikasi pada pasien hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke, maka perlu dihindari rokok karena dapat memperberat hipertensi.

f) Penurunan Stress

Wijaya & Putri (2013), stress memang tidak menyebabkan hipertensi yang menetap namun jika episode stress sering terjadi dapat menyebabkan kenaikan sementara yang sangat tinggi.

g) Terapi pijat

(Wijaya & Putri, 2013), pada prinsipnya pijat yang dilakukan pada penderita hipertensi adalah untuk memperlancar aliran energi dalam tubuh sehingga gangguan hipertensi dan komplikasinya dapat diminimalisir, ketika semua jalur energi tidak terhalang oleh ketegangan otot dan hambatan lain maka risiko hipertensi dapat ditekan.

2) Terapi Farmakologi

Terapi farmakologis Penatalaksanaan farmakologis menurut Saferi & Mariza (2013) merupakan penanganan menggunakan obat-obatan, antara lain :

1) Diuretik (Hidroklorotiazid)

Diuretik bekerja dengan cara mengeluarkan cairan berlebih dalam tubuh sehingga daya pompa jantung menjadi lebih ringan.

2) Penghambat simpatetik (Metildopa, Klonidin dan Reserpin)

Obat-obatan jenis penghambat simpatetik berfungsi untuk menghambat aktifitas saraf simpatis.

3) Betabloker (Metoprolol, propranolol dan atenolol)

Fungsi dari obat jenis betabloker adalah untuk menurunkan daya pompa jantung, dengan kontraindikasi pada penderita yang mengalami gangguan pernafasan seperti asma bronkhial.

4) Vasodilator (Prasosin, Hidralisin)

Vasodilator bekerja secara langsung pada pembuluh darah dengan relaksasi otot polos pembuluh darah.

5) Angiotensin Converting Enzyme (ACE) inhibitor (Captopril)

Fungsi utama adalah untuk menghambat pembentukan zat angiotensin II dengan efek samping penderita hipertensi akan mengalami batuk kering, pusing, sakit kepala dan lemas.

6) Penghambat angiotensin II (Valsartan)

Daya pompa jantung akan lebih ringan ketika jenis obat-obat penghambat reseptor angiotensin II diberikan karena akan menghalangi penempelan zat angiotensin II pada resptor.

7) Angiotensin kalsium (Diltiazem dan Verapamil)

Kontraksi jantung (kontraktilitas) akan terhambat.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang Hipertensi

Pemeriksaan penunjang menurut (Kowalak, 2011) yaitu :

- 1) Urinalisis : dapat melihat protein, sedimen, sel darah merah atau sel darah putih yang menunjukkan kemungkinan penyakit renal; keberadaan ketokolamin dalam urine yang berkaitan dengan feokromositoma; atau keberadaan glukosa dalam urine, yang menunjukkan diabetes.
- 2) Pemeriksaan laboratorium dapat mengungkapkan kenaikan kadar ureum dan kreatinin serum yang memberi kesan penyakit ginjal atau keadaan hipoklemia yang menunjukkan disfungsi adrenal (hiperaldosteronisme primer).
- 3) Hitungan darah lengkap dapat mengungkapkan penyebab hipertensi yang lain seperti polisitemia atau anemia.
- 4) Urografi ekskretorik dapat mengungkapkan atrofi renal, menunjukkan penyakit renal yang kronis. Ginjal yang satu lebih kecil daripada yang lain memberi kesan penyakit renal unilateral.
- 5) Elektrokardiografi dapat memperlihatkan hipertrofi ventrikel kiri atau iskemia.
- 6) Foto rotgen dapat melihat kardiomegali.

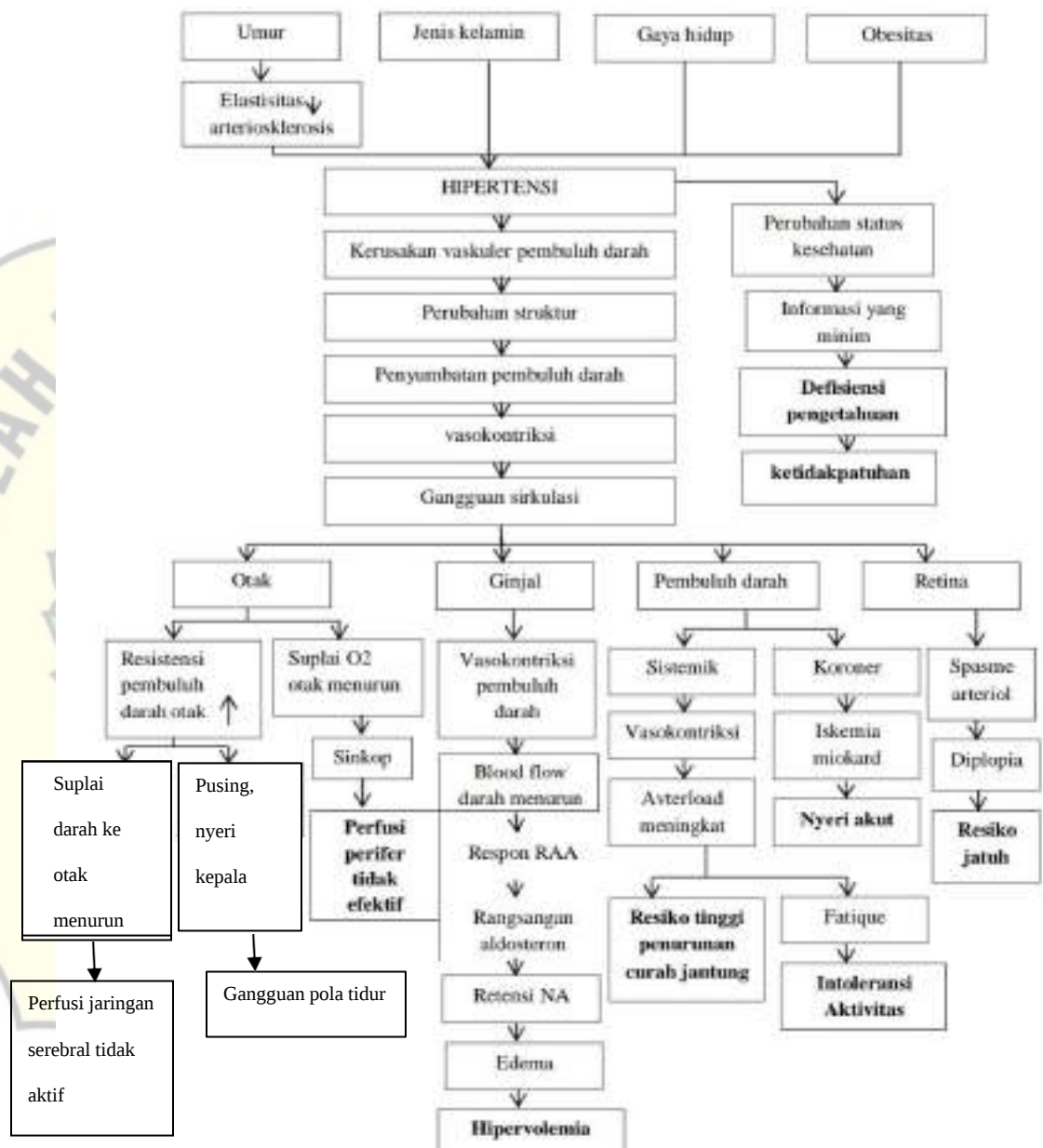
Sedangkan pemeriksaan labolatrorium menurut (Askandar, 2015) Meliputi :

- 1) Tes rutin
 - a) Hemoglobin dan atau Hematokrit
 - b) Glukosa Puasa
 - c) Kolestrol total, kolesterol LDL, kolesterol HDL
 - d) Trigliserida
 - e) Kalium dan natrium
 - f) Asam urat
 - g) Keratiinin (dengan estimasi GFR)
 - h) Analisis urin : pemeriksaan mikroakopik, protein urin dengan tes dipstik, uji untuk mkrialbuminuria.
- 2) Uji tambahan berdasarkan riwayat, pemeriksaan fisik, dan temuan hasil labolatorium urin.
- 3) Penilaian Lanjut (ranah dokter spesialis)

Penilaian lebih lanjut pada kerusakan otak, jantung, ginjal dan veskuler.

2.1.10 Pathway

Gambar 2.1 *Pathway* Hipertensi



(Sumber : WOC dengan menggunakan SDKI 2017)

2.2 Konsep Gangguan Pola Tidur

2.2.1 Definisi Gangguan Pola Tidur

Tidur merupakan suatu keadaan tidak sadar dimana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun atau hilang dan dapat terbangun kembali dengan stimulus dan sensori yang cukup. Selain itu tidur juga dikatakan sebagai keadaan tidak sadarkan diri yang relatif, bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan, melainkan merupakan sesuatu urutan siklus yang berulang (Wahit Iqbal Mubarak et al., 2015).

Gangguan pola tidur merupakan perasaan tidak nyaman atau terganggu yang disebabkan oleh suatu keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam kualitas atau kuantitas pola istirahatnya (Carpenito, Lynda Juall. 2016).

Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI, 2017).

2.2.2 Penyebab Gangguan Pola Tidur

Menurut (Tim Pokja SDKI, 2017) penyebab terjadinya gangguan pola tidur adalah :

- 1) Hambatan lingkungan (misalnya, kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan).

- 2) Hipertensi, Durasi tidur yang pendek selain dapat meningkatkan rata-rata tekanan darah dan denyut jantung, juga meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatik dan merangsang stress, yang pada akhirnya bisa menyebabkan hipertensi.
- 3) Kurang kontrol tidur
- 4) Kurang privasi
- 5) Restraint fisik
- 6) Ketiadaan teman tidur
- 7) Tidak familiar dengan peralatan tidur

2.2.3 Tanda dan Gejala Gangguan Pola Tidur

Adapun tanda dan gejala pada gangguan pola tidur menurut (Tim Pokja SDKI, 2017) yaitu :

1) Tanda dan gejala mayor

Tanda dan gejala mayor subjektif adalah mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, sedangkan tanda dan gejala mayor objektif tidak tersedia.

2) Tanda dan gejala minor

Tanda dan gejala minor subjektif adalah mengeluh kemampuan beraktivitas menurun, sedangkan tanda dan gejala minor objektif tidak tersedia.

2.2.4 Tahapan Tidur

Tidur merupakan aktifitas yang melibatkan susunan saraf pusat, saraf perifer, endokrin kardiovaskuler, respirasi dan muskuloskeletal. Secara alamiah dalam tidur mempunyai dua tahapan menurut (Tim Pokja SDKI, 2017) yaitu :

1) Tidur NREM (Non Rapid Eye Movement)

Tidur NREM terdiri dari 4 tahap, dimana setiap tahapannya mempunyai ciri tersendiri:

a) Tahap I

Tahap I ini berlangsung 30 detik sampai 5 menit pertama dari siklus tidur. Pada tahap ini seseorang merasa kabur dan rileks, mata bergerak ke kanan dan ke kiri, kecepatan jantung dan pernapasan turun secara jelas. Gelombang alfa sewaktu seseorang masih sadar dibantu dengan gelombang beta yang lambat. Seseorang yang tidur pada tahap pertama dapat dibangunkan dengan mudah.

b) Tahap II

Seluruh tubuh kita seperti berada pada tahap tidur yang lebih dalam. Tidur masih mudah dibangunkan, meskipun kita benar-benar berada dalam keadaan tidur. Periode tahap 2 berlangsung dari 10 sampai 40 menit. Kadang-kadang selama tahap tidur 2 seseorang dapat terbangun karena sentakan tiba-tiba dari ekstremitas tubuhnya. Ini normal, kejadian sentakan ini, sebagai akibat masuknya tahapan REM.

c) Tahap III

Pada tahapan ini kecepatan jantung dan pernapasan serta proses tubuh berlanjut mengalui penurunan akibat dominasi sistem saraf parasimpatis.







Seseorang lebih sulit dibangunkan. Gelombang otak menjadi tertur dan terdapat penambahan delta lambat.

d) Tahap IV

Tahap ini merupakan tahap tidur dalam yang ditandai dengan rekomendasi gelombang delta yang lambat. Kecepatan jantung dan pernapasan turun. Selama tidur seseorang mengalami sampai 4 sampai 6 kali siklus tidur dalam waktu 7 sampai 8 jam. Siklus tidur sebagian besar merupakan tidur NREM dan berakhir dengan tidur REM.

2) Tidur REM (Rapid Eye Movement)

Tahap tidur REM sangat berbeda dari tidur NREM. Tidur REM adalah tahapan tidur yang sangat aktif. Pola napas dan denyut jantung tidak teratur dan tidak terjadi pembentukan keringat. Kadang-kadang timbul twitching (berkedut) pada tangan, kaki, atau muka, dan pada laki-laki dapat timbul ereksi pada periode tidur REM. Walaupun ada aktivitas demikian orang masih tidur lelap dan sulit untuk dibangunkan. Sebagian besar anggota gerak tetap lemah dan rileks. Tahap tidur ini diduga berperan dalam memulihkan pikiran, menjernihkan rasa kepayahan dan daya ingat dan mempertahankan fungsi sel-sel otak.

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi Gangguan Pola Tidur

Kualitas dan kuantitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kualitas tersebut dapat menunjukkan adanya kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah istirahat sesuai dengan kebutuhannya (Tim Pokja SDKI, 2017).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tidur yaitu sebagai berikut:

1) Penyakit

Seseorang yang mengalami sakit memerlukan waktu tidur lebih banyak dari normal. Namun demikian, keadaan sakit menjadikan klien kurang tidur atau tidak dapat tidur. Misalnya pada pasien dengan hipertensi, gangguan pernapasan seperti asma, bronchitis, dan penyakit persyarafan.

2) Lingkungan

Klien yang biasanya tidur pada lingkungan yang tenang dan nyaman, kemudian terjadi perubahan suasana seperti gaduh maka akan menghambat tidurnya.

3) Motivasi

Motivasi dapat mempengaruhi tidur dan dapat menimbulkan keinginan untuk tetap bangun dan waspada menahan kantuk.

4) Kelelahan

Kelelahan dapat memperpendek periode pertama dari tahap REM.

5) Kecemasan

Pada keadaan cemas seseorang akan meningkatkan saraf simpatis sehingga mengganggu tidurnya.

6) Alkohol

Alkohol menekan REM secara normal, seseorang yang tahan minum alkohol dapat mengakibatkan insomnia dan lekas marah.

7) Obat-obatan

Beberapa jenis obat yang dapat menimbulkan gangguan tidur antara lain:

1. Diuretic: menyebabkan insomnia
2. Antidepresan: menyupresi REM
3. Kafein: meningkatkan saraf simpatik
4. Narkotika: menyupresi REM

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status

kesehatan klien. Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-sosio-spiritual (Nursafitri, 2019)

1. Data Umum

a. Identitas klien

Terdiri dari biodata klien yakni nama, tempat tanggal lahir atau usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medik dan rencana therapy. Biasanya hipertensi lebih banyak menyerang lansia dengan jenis kelamin laki-laki tetapi pada lansia wanita yang telah mengalami masa menopause sering terkena hipertensi biasanya terjadi pada umur 45-55 tahun (Kusumawaty, 2016) Sedangkan biodata penanggung jawab yang terdiri dari nama, umur, alamat, Pendidikan, dan pekerjaan, (Wamese, 2017)

b. Keluhan utama

Keluhan utama klien datang ke rumah sakit atau ke fasilitas kesehatan biasanya keluhanannya mengalami pusing, nyeri kepala, jantung berdebar-debar, sesak nafas dan biasanya klien mengalami kesusahan dalam melakukan pengobatan di kehidupan sehari-hari (Setyowati, 2017)

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat Penyakit Sekarang ditemukan saat pengkajian yaitu diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian. Keluhan sekarang dikaji dengan menggunakan PQRSST (Provokatif, Quality, Region, Severities cale and Time).

Klien yang mengalami hipertensi biasanya mengalami pusing hingga nyeri kepala yang menyebabkan klien susah beraktivitas dan mengalami gangguan istirahat tidur.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Berisi pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh kepada penyakit hipertensi yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami perawatan di rumah sakit sebelumnya. Biasanya penyakit terdahulu yang diderita oleh pasien adalah diabetes, stroke, ginjal, dan jantung.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien menderita penyakit hipertensi, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

d. Riwayat psikologis

Secara umum klien dengan hipertensi tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi psikologis. Namun demikian tetap perlu dilakukan mengenai kelima konsep diri klien (citra tubuh, identitas diri, fungsi peran, ideal diri dan harga diri).

e. Riwayat Sosial

Klien dengan hipertensi tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosial dengan orang lain, akan tetapi harus dibandingkan hubungan sosial klien antara sebelum dan sesudah dirawat di rumah sakit.

f. Riwayat Spiritual

Pada umumnya klien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam hal ibadah. Perlu dikaji keyakinan klien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

g. Kebiasaan sehari-hari

Klien yang mengalami hipertensi pada umumnya mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri dan pusing pada kepala. Klien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri. Klien akan mengalami pembatasan masukan oral karena mengalami mual muntah akibat nyeri

dan pusing pada kepala. Pola istirahat klien juga dapat terganggu akibat nyeri dan pusing yang dirasakan.

h. Pemeriksaan Fisik

1) Kondisi umum

Hipertensi sering mengakibatkan keadaan yang berbahaya karena keberadaannya sering kali tidak disadari dan kerap tidak menimbulkan keluhan yang berarti sampai suatu waktu terjadi komplikasi jantung, otak, ginjal, mata, pembuluh darah, atau organ-organ vital lainnya sehingga kadang merasa tidak nyaman dalam melakukan kegiatan sehari-hari biasanya pada lansia tidak jarang ditandai dengan gangguan pola tidur (Retnaningsih, 2016)

2) Integumen

Pada lansia memiliki kulit tipis dan kasar karena memiliki kandungan air didalam kulit sedikit tidak jarang pada lansia penderita hipertensi dapat ditemukan kulit wajah mengalami kemerahan tetapi tidak semua penderita hipertensi mengalami hal tersebut (Setyowati, 2017)

3) Hematopoetic

Pada penderita hipertensi pada dasarnya hipertensi tidak ada hubungannya dengan sel darah (Adam, 2019)

4) Kepala

Biasanya penderita hipertensi mengalami pusing

(Sartik, 2017)

5) Mata

Penglihatan pada lansia biasanya menurun dan biasanya menggunakan alat bantu penglihatan. Kondisi lansia penderita hipertensi menyebabkan meningkatnya retensi natrium. Meningkatnya retensi natrium akan menyebabkan penumpukan cairan di mata yang juga menekan nervus optikus. Hal ini dapat memicu peningkatan tekanan intraokuli akibat menumpuknya cairan dan menyebabkan hilang atau gangguan penglihatan akibat penekanan pada nervus optikus (Sidik, 2019)



6) Telinga

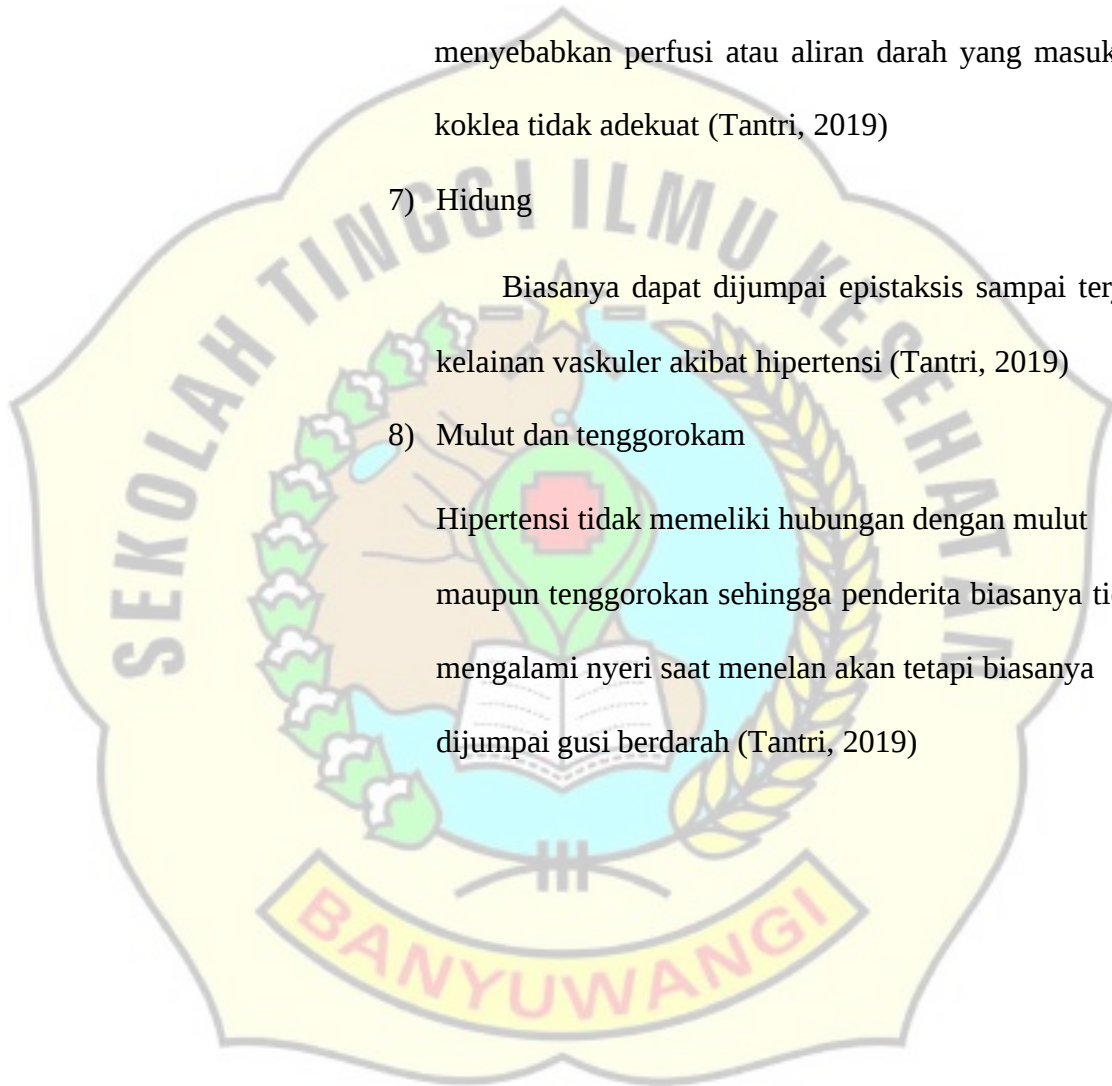
Lansia penderita hipertensi berat dapat menyebabkan perdarahan di telinga dalam yang menyebabkan timbulnya gangguan pendengaran. Aliran darah yang buruk dari suatu arteri osklerosis dapat menyebabkan perfusi atau aliran darah yang masuk ke koklea tidak adekuat (Tantri, 2019)

7) Hidung

Biasanya dapat dijumpai epistaksis sampai terjadi kelainan vaskuler akibat hipertensi (Tantri, 2019)

8) Mulut dan tenggorokan

Hipertensi tidak memiliki hubungan dengan mulut maupun tenggorokan sehingga penderita biasanya tidak mengalami nyeri saat menelan akan tetapi biasanya dijumpai gusi berdarah (Tantri, 2019)



9) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid tetapi tidak jarang penderita hipertensi mengalami leher bagian belakang terasa berat (kaku) (Adam, 2019)

10) Pernafasan

Dispnea yang berkaitan dari aktivitas atau kerja takipnea, ortopnea, dispnea batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok (Setyowati, 2017)

11) Kardiovaskuler

Biasanya pada penderita hipertensi sering dijumpai mengalami penyakit jantung, stroke dan kematian akibat gangguan pembuluh darah (Setyowati, 2017)

12) Gastrointestinal

Pada lansia penderita hipertensi sering dijumpai *vomiting* ataupun *nausea* (Setyowati, 2017)

13) Perkemihan

Pada penderita hipertensi tidak jarang mengalami perubahan perkemihan yang signifikan biasanya sering buang air kecil pada malam hari (Setyowati, 2017)

14) Reproduksi

Penyakit hipertensi tidak dijumpai menyebabkan masalah reproduksi (Adam, 2019)

15) Muskuluskeletal

Pada pasien hipertensi tidak terjadi kelainan tonus otot terkecuali jika sudah terjadi komplikasi dari hipertensi itu sendiri seperti stroke maka akan terjadi penurunan tonus otot atau hemiparase (Setyowati, 2017)

16) Persyarafan

Hipertensi yang terjadi secara terus menerus dan meningkat dapat menyebabkan pembuluh darah yang terkoneksi dengan syaraf otak akan mengalami gangguan sehingga dapat menyebabkan syaraf motorik tidak dapat berkerja (Setyowati, 2017)

2) Analisa Data

Analisis data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar

belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berfikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Menurut SDKI (2017) diagnosa keperawatan yang muncul pada klien Hipertensi adalah :

- 1) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur akibat pusing dan nyeri kepala
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- 4) Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman

- 5) Perfusi perifer tidak aktif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- 6) Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi
- 7) Resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload
- 8) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 9) Resiko Jatuh berhubungan dengan perubahan fungsi kognitif dan gangguan keseimbangan.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Effendy dalam Harmoko (2012), mendefinisikan: rencana keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan, dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah didefinisikan. Sedangkan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) intervensi merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas.

2.3.3 Intervensi

Tabel 2.4 Tabel Intervensi Keperawatan

NO.	SDKI	SLKI	SIKI												
1.	KODE D.0055 Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur akibat pusing dan nyeri kepala. Definisi Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal. Data Mayor 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Data Minor 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Pola Tidur KODE L.05045 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik. Kriteria Hasil : <table><tr><th>Indikator</th><th>Nilai</th></tr><tr><td>Keluhan sulit tidur</td><td>1</td></tr><tr><td>Keluhan sering terjaga</td><td>1</td></tr><tr><td>Keluhan tidak puas tidur</td><td>1</td></tr><tr><td>Keluhan pola tidur berubah</td><td>1</td></tr><tr><td>Keluhan istirahat tidak cukup</td><td>1</td></tr></table> Keterangan 1= Menurun 2= Cukup menurun	Indikator	Nilai	Keluhan sulit tidur	1	Keluhan sering terjaga	1	Keluhan tidak puas tidur	1	Keluhan pola tidur berubah	1	Keluhan istirahat tidak cukup	1	Dukungan Tidur KODE I.09265 Observasi • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) • Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Terapeutik • Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu,
Indikator	Nilai														
Keluhan sulit tidur	1														
Keluhan sering terjaga	1														
Keluhan tidak puas tidur	1														
Keluhan pola tidur berubah	1														
Keluhan istirahat tidak cukup	1														

		3= Sedang 4= Cukup meningkat 5= Meningkatkan	matras, dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i> • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur • Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan menghindari makanan/minuman
--	--	---	--

			yang mengganggu tidur • Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM • Ajarkan factor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.				
2.	KODE D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis Definisi Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau	Tingkat Nyeri KODE L.08006 Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri akan membaik. Kriteria Hasil : <table><tr><td>Indikator</td><td>Nilai</td></tr><tr><td>Keluhan</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	Nilai	Keluhan	5	Manajemen Nyeri KODE I.08238 Observasi • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri, dan factor nyeri. Terapeutik
Indikator	Nilai						
Keluhan	5						

	lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan Data Mayor 1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 4. Gelisah 5. Frekuensi nadi meningkat 6. Sulit tidur Data Minor 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	nyeri		- Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
		Meringis 5 Sikap protektif 5 Gelisah 5		
		Keterangan 1= Meningkatkan 2= Cukup meningkat 3= Sedang 4= Cukup menurun 5= Menurun		Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
3.	KODE D.0111 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Defisit Pengetahuan KODE L.12111 Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama		Edukasi Kesehatan KODE I.12383 Observasi Identifikasi kesiapan

Definisi Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Data Mayor 1. Menanyakan masalah yang dihadapi 2. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 3. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah Data Minor 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat Kriteria Hasil : <table><tr><th>Indikator</th><th>Nilai</th></tr><tr><td>Perilaku sesuai anjuran</td><td>5</td></tr><tr><td>Verbalisasi minat dalam belajar</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik</td><td>5</td></tr></table> Keterangan 1=Menurun 2=Cukup Menurun 3=Sedang 4=Cukup Meningkatkan 5=Meningkat	Indikator	Nilai	Perilaku sesuai anjuran	5	Verbalisasi minat dalam belajar	5	Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	5	Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	5	dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik • Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan • Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi • Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan
Indikator	Nilai											
Perilaku sesuai anjuran	5											
Verbalisasi minat dalam belajar	5											
Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	5											
Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	5											

			perilaku hidup bersih dan sehat						
4.	KODE D.0114 Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman Definisi Perilaku individu dan/atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana perawatan atau pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan hasil perawatan/pengobatan tidak efektif. Data Mayor 1. Menolak menjalani perawatan/pengobatan 2. Menolak mengikuti anjuran 3. Perilaku tidak mengikuti program perawatan/pengobatan 4. Perilaku tidak menjalankan anjuran Data Minor 1. Tampak tanda/gejala penyakit/masalah kesehatan	Tingkat Pengetahuan KODE L.12110 Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat. Kriteria Hasil <table><tr><th>Indikator</th><th>Nilai</th></tr><tr><td>Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan</td><td>5</td></tr><tr><td>Verbalisasi mengikuti anjuran</td><td>5</td></tr></table> Keterangan : 1=Menurun 2=Cukup Menurun 3=Sedang 4=Cukup Meningkatkan 5=Meningkat	Indikator	Nilai	Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan	5	Verbalisasi mengikuti anjuran	5	Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan KODE I.12361 Observasi • Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan Terapeutik • Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik • Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, jika perlu • Dokumentasikan aktivitas selama menjalani proses pengobatan Edukasi • Informasikan program pengobatan yang harus dijalani
Indikator	Nilai								
Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan	5								
Verbalisasi mengikuti anjuran	5								

	masih ada atau meningkat 2. Tampak komplikasi penyakit/masalah kesehatan menetap atau meningkat		- Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan - Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan								
5.	KODE D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah Definisi Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Data Mayor 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba. 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun Data Minor 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)	Perfusi Perifer KODE L.02011 Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat. Kriteria Hasil <table><tr><th>Indikator</th><th>Nilai</th></tr><tr><td>Denyut nadi perifer</td><td>5</td></tr><tr><td>Penyembuhan luka</td><td>5</td></tr><tr><td>Sensasi</td><td>5</td></tr></table> Keterangan 1=Menurun 2=Cukup menurun 3=Sedang 4=Cukup meningkat	Indikator	Nilai	Denyut nadi perifer	5	Penyembuhan luka	5	Sensasi	5	Perawatan Sirkulasi KODE I.02079 Observasi - Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) - Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas.
Indikator	Nilai										
Denyut nadi perifer	5										
Penyembuhan luka	5										
Sensasi	5										

	3. Edema 4. Penyembuhan luka lambat 5. Indeks ankle-brachial <0,90 6. Bruit femoral	5=Meningkat	Terapeutik • Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi • Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi • Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera • Lakukan perawatan kaki dan kuku • Lakukan hidrasi Edukasi • Anjurkan berhenti merokok • Anjurkan berolahraga rutin • Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar • Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan,
--	--	--------------------	---

			dan penurunan kolestrol, jika perlu • Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur • Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta • Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) • Anjurkan program rehabilitasi vascular • Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) • Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh,
--	--	--	---

			hilangnya rasa)										
6.	KODE D.0022 Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi Definisi Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular. Data Mayor 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) 4. Edema anarsaka dan edema perifer 5. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 6. Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Cental Venous Pressure (CVP) meningkat 7. Refleks hepatojugular positif Data Minor 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara napas tambahan 3. Heparomegali	Keseimbangan Cairan KODE L.03020 Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat. Kriteria Hasil <table> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> <tr> <td>Asupan Cairan</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Haluaran urin</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kelembaban membrane mukosa</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Asupan makanan</td> <td>5</td> </tr> </table> Keterangan 1=Menurun 2=Cukup menurun 3=Sedang 4=Cukup meningkat 5=Meningkat	Indikator	Nilai	Asupan Cairan	5	Haluaran urin	5	Kelembaban membrane mukosa	5	Asupan makanan	5	Manajemen Hipervolemia KODE I.03114 Observasi • Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan) • Identifikasi penyebab hypervolemia • Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia • Monitor iintake dan output cairan • Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) • Monitor tanda
Indikator	Nilai												
Asupan Cairan	5												
Haluaran urin	5												
Kelembaban membrane mukosa	5												
Asupan makanan	5												

	4. Kadar Hb/Ht turun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak dari output (balance cairan positif) 7. Kongesti paru		peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein, dan albumin meningkat) • Monitor kecepatan infus secara ketat • Monitor efek samping diuretic (mis. hipotensi, ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hyponatremia) Terapeutik • Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Batasi asupan cairan dan garam • Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi • Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam • Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari • Ajarkan cara
--	---	--	--

			mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan • Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi • Kolaborasi pemberian diuretic • Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic • Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu						
7.	KODE D.0011 Resiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload Definisi Berisiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh	Curah Jantung KODE L.02008 Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat Kriteria Hasil <table><tr><td>Indikator</td><td>Nilai</td></tr><tr><td>Kekuatan nadi perifer</td><td>5</td></tr><tr><td>Ejection fraction</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	Nilai	Kekuatan nadi perifer	5	Ejection fraction	5	Perawatan Jantung KODE I.02075 Observasi • Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) • Identifikasi
Indikator	Nilai								
Kekuatan nadi perifer	5								
Ejection fraction	5								

		(EF)		tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) • Monitor tekanan darah • Monitor intake dan output cairan • Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Monitor saturasi oksigen • Monitor keluhan nyeri dada • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum
		Tekanan darah	5	
		Keterangan : 1=Menurun 2=Cukup Menurun 3=Sedang 4=Cukup Meningkat 5=Meningkat/Membaik		

			pemberian obat (mis. beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik • Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman • Berikan diet jantung yang sesuai • Gunakan stocking elastis atau pneumatic intermiten, sesuai indikasi • Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat • Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu • Berikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi
--	--	--	--

			• Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi • Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap • Anjurkan berhenti merokok Kolaborasi • Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu • Rujuk ke program rehabilitasi jantung								
8.	KODE D.0056 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen Definisi Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari Data Mayor 1. Mengeluh lelah 2. Frekuensi jantung meningkat >20% dari	Toleransi Aktivitas KODE L.05047 Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Kriteria Hasil <table><tr><th>Indikator</th><th>Nilai</th></tr><tr><td>Frekuensi nadi</td><td>5</td></tr><tr><td>Saturasi oksigen</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemudahan</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	Nilai	Frekuensi nadi	5	Saturasi oksigen	5	Kemudahan	5	Manajemen Energi KODE I.0518 Observasi • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan
Indikator	Nilai										
Frekuensi nadi	5										
Saturasi oksigen	5										
Kemudahan	5										

	kondisi istirahat Data Minor 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah 4. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 5. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 6. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 7. Sianosis	dalam melakukan aktivitas sehari-hari		selama melakukan aktivitas Terapeutik • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) • Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif • Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan • Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
--	--	--	--	---

			- Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.										
9.	KODE D.0143 Risiko Jatuh berhubungan dengan perubahan fungsi kognitif dan gangguan keseimbangan Definisi Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh	Tingkat Jatuh KODE L.14138 Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun. Kriteria Hasil <table><tr><th>Indikator</th><th>Nilai</th></tr><tr><td>Jatuh dari tempat tidur</td><td>5</td></tr><tr><td>Jatuh saat berdiri</td><td>5</td></tr><tr><td>Jatuh saat duduk</td><td>5</td></tr><tr><td>Jatuh saat berjalan</td><td>5</td></tr></table> Keterangan 1=Meningkat 2=Cukup meningkat	Indikator	Nilai	Jatuh dari tempat tidur	5	Jatuh saat berdiri	5	Jatuh saat duduk	5	Jatuh saat berjalan	5	Pencegahan Jatuh KODE I.14540 Observasi - Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, deficit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan perhitungan, neuropati) - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi - Identifikasi faktor lingkungan yang
Indikator	Nilai												
Jatuh dari tempat tidur	5												
Jatuh saat berdiri	5												
Jatuh saat duduk	5												
Jatuh saat berjalan	5												

		3=Sedang 4=Cukup Menurun 5=Menurun	meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) • Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu • Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik • Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga • Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi tekunci • Pasang hendrail tempat tidur • Atur tempat tidur mekanisme terendah • Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan
--	--	---	--

			pantauan perawat Edukasi • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin • Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.
--	--	--	--

2.3.4 Impelentasi Keperawatan

Hal yang perlu diperhatikan dalam tindakan keperawatan keluarga dengan Hipertensi menurut Effendy dalam Harmoko (2012) adalah sumber daya dan dana keluarga, tingkat pendidikan keluarga, adat istiadat yang berlaku, respon dan penerimaan keluarga serta sarana dan prasarana yang ada dalam keluarga. Implementasi merupakan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Seperti tahap-tahap yang lain dalam proses keperawatan, fase pelaksanaan terdiri dari beberapa kegiatan antara lain validasi (pengesahan) rencana keperawatan, menulis/mendokumentasikan rencana keperawatan, melanjutkan pengumpulan data, dan memberikan asuhan keperawatan.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi dapat dilaksanakan dengan dua cara yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif (Suprajitno, 2016) yaitu dengan SOAP, dengan pengertian "S" adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan, "O" adalah keadaan obyektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan penglihatan. "A" adalah merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon keluarga secara subjektif dan obyektif, "P" adalah

perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan tindakan. Dalam mengevaluasi harus melihat tujuan yang sudah dibuat sebelumnya. Bila tujuan tersebut belum tercapai, maka dibuat rencana tindak lanjut yang masih searah dengan tujuan.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Menurut Sugiyono (2017) desain penelitian adalah keseluruhan dan perencanaan menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Hal ini penting karena desain penelitian merupakan strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan peneliti dan sebagai alat untuk mengontrol variabel yang berpengaruh dalam penelitian. Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus, studi kasus ini adalah studi untuk mempelajari asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2021.

3.2 Batasan Istilah

Definisi hipertensi	Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan semakin tinggi tekanan darah maka semakin besar risikonya.
---------------------	---

Definisi Gangguan Pola Tidur	Gangguan pola tidur merupakan perasaan tidak nyaman atau terganggu yang disebabkan oleh suatu keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam kualitas atau kuantitas pola istirahatnya (Carpenito, Lynda Juall. 2016). Data Mayor yang didapat menurut SDKI 2017 : Subjektif 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif <i>Tidak tersedia</i> Data Minor yang didapat menurut SDKI 2017 Subjektif 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif <i>Tidak tersedia</i>
------------------------------	--

3.3 Partisipan

Subjek penelitian yang digunakan dalam studi kasus ini adalah pasien yang mengalami hipertensi dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur di RSUD Blambangan Banyuwangi. Jumlah subjek penelitian

adalah 2 pasien masalah keperawatan dan diagnosis yang sama. Kriteria subjek kasus ini adalah:

1. Pasien yang mengalami hipertensi.
2. Pasien mengalami gangguan pola tidur
3. Pasien bersedia dijadikan subjek penelitian serta pasien dan keluarga yang kooperatif.

3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Tempat penelitian dilakukan di RSUD Blambangan Banyuwangi

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada saat klien masuk ke rumah sakit dan selama minimal tiga hari dilakukan intervensi, jika dalam waktu kurang dari tiga hari klien sudah keluar dari Rumah Sakit intervensi dapat dilakukan dengan cara home care yang dilakukan oleh perawat selama 2-4 hari. Dalam penelitian ini waktu penelitian dibagi menjadi dua tahap sebagai berikut :

a. Tahap persiapan yang meliputi :

1) Penyusunan proposal : 12 juni – 12 juli 2022

2) Seminar Proposal :

b. Tahap pelaksanaan yang meliputi:

1) Pengajuan ijin : 12 november 2021 – 12 desember 2022

2) Pengumpulan data : Desember – Januari 2022

3.5 Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara atau interview merupakan salah satu wujud dari komunikasi interpersonal dimana merupakan suatu bentuk komunikasi yang langsung tanpa perantara media antar individu, dalam hal ini peran sebagai pembicara dan pendengar dilakukan secara bergantian, serta sering kali peran itu menyatu. Wawancara keperawatan mempunyai tujuan yang spesifik meliputi pengumpulan dari satu set yang spesifik Anamase dilakukan secara langsung antara peneliti dengan pasien meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dil. Sumber informasi dan keluarga, dan perawat lainnya. Alat yang dilakukan untuk wawancara dalam pengumpulan data dapat berupa alat tulis, buku catatan, kamera ataupun perekam suara.

2. Observasi dan Pemeriksaan fisik

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan pengamatan secara langsung kepada klien untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti dengan pemeriksaan fisik meliputi: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada sistem tubuh klien yang dilakukan secara head to toe menggunakan nursing kit.

3. Studi kasus

Studi dokumentasi dilakukan dengan cara mendokumentasikan hasil pemeriksaan diagnostik, hasil evaluasi asuhan keperawatan, hasil

data dari rekam medik, dan hasil data dari buku catatan di RSUD

Blambangan Banyuwangi Tahun 2021

3.6 Uji Keabsahan Data

Untuk mencapai kesimpulan yang valid, maka dilakukan uji keabsahan data terhadap semua data yang terkumpul. Uji keabsahan data ini dilakukan dengan menggunakan teknik cek teman sekelompok (*Member Checks*) Proses pengecekan data yang diporelah peneliti kepada pemberi data untuk mengetahui seberapa jauh data yang di peroleh sesuai dengan apa yang diberikan oleh pemberi data. Apabila data yang ditemukan disepakati oleh para pemberi data berarti data tersebut valid.

Pelaksanaan *member check* dilakukan dalam forum diskusi kelompok dimana peneliti menyampaikan temuannya kepada kelompok pemberi data. mungkin ada data yang ditambah, dikurangi, disepakati, atau ditolak oleh sekelompok pemberi data tersebut. Setelah data disepakati bersama, maka para pembeda diminta untuk menandatangani supaya otentik dan sebagai bukti bahwa peneliti telah melakukan *member check*.

3.7 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena dengan menganalisis data, data tersebut dapat diberi arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Pengumpulan data dikumpulkan dari hasil WOD (Wawancara , Observasi,

Dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.8 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika dalam penelitian karena penelitian yang akan dilakukan menggunakan subjek manusia, dimana setiap manusia mempunyai hak masing-masing yang tidak dapat dipaksa. Beberapa etika dalam melakukan penelitian.

Berikut hal-hal yang dalam etika penelitian yang mendasari penyusunan studi kasus :

3.8.1 *Infomed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Menurut Nursalam (2016), Informed consent adalah suatu bentuk persetujuan antara seorang peneliti dengan klien penelitian dengan memberikan sebuah lembar penelitian. Informed concent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan

kepada klien dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan dari informed consent ini yaitu agar klien mengerti maksud dan tujuan dari penelitian serta mengetahui dampaknya. Apabila klien bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan yang diberikan, tetapi apabila responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak dan pilihan responden. Informasi yang harus ada didalam informed consent tersebut yaitu: partisipasi klien, tujuan

dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi dan lainnya.

3.8.2 Anaonimity (tanpa nama)

Anaonimity adalah kiasan yang menggambarkan seseorang tanpa nama atau tanpa identitas pribadi. Dalam pendokumentasian asuhan keperawatan istilah anonimity dipakai untuk menyembunyikan identitas pasien

Contoh : nama klien Azizah Nur, dapat pendokumentasian asuhan keperawatan, nama klien ditulis dalam inisial yaitu An. A.

3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Confidentiality atau kerahasiaan adalah pencegahan bagi mereka yang tidak berkepentingan dapat mencapai informasi berhubungan data yang diberikan ke pihak lain untuk keperluan tertentu dan hanya diperbolehkan untuk keperluan tertentu tersebut. Contoh data-data yang sifatnya pribadi (seperti nama, tempat, tanggal lahir, social security number, agama, status perkawinan, penyakit yang pernah diderita, dan sebagainya) harus dapat di proteksi dalam penggunaan dan penyebarannya.

3.8.4 Respek

Respek diartikan sebagai perilaku perawat yang menghormati klien dan keluarga. Perawat harus menghargai hak-hak klien.

3.8.5 Otonomi

Otonomi berkaitan dengan hak seseorang untuk mengatur dan membuat keputusan sendiri, meskipun demikian masih terdapat keterbatasan, terutama terkait dengan situasi dan kondisi, latar belakang, individu, campur tangan hukum dan tenaga kesehatan profesional yang ada.

3.8.6 *Beneficence* (Kemurahan hati)

Beneficence berkaitan dengan kewajiban untuk melakukan hal yang baik dan tidak membahayakan orang lain. Apabila prinsip kemurahan mengalahkan prinsip otonomi, maka disebut paternalisme. Paternalisme adalah perilaku yang berdasarkan pada apa yang dipercayai oleh profesional kesehatan untuk kebaikan klien, kadang kadang tidak melibatkan keputusan dari klien.

3.8.7 *Non-Malefence*

Prinsip ini berkaitan dengan kewajiban perawat untuk Fidelity tidak menimbulkan kerugian atau cedera pada klien.

3.8.8 *Veracity* (Kejujuran)

Berkaitan dengan kewajiban perawat untuk mengatakan suatu kebenaran dan tidak berbohong atau menipu orang lain.

3.8.9 *Fidelity* (Kesetiaan)

Berkaitan dengan kewajiban perawat untuk selalu setia pada kesepakatan dan tanggung jawab yang telah dibuat perawat harus memegang janji yang diniatkan pada klien.

3.8.10 *Justice* (Keadilan)

Prinsip keadilan berkaitan dengan kewajiban perawata untuk berlaku adil pada semua orang dan tidak memihak atau berat sebelah.

