

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi secara umum dapat didefinisikan sebagai tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Tekanan darah manusia secara alami berfluktuasi sepanjang hari. Tekanan darah tinggi menjadi masalah hanya bila tekanan darah tersebut persisten. Menurut WHO batas normal tekanan darah adalah 120-140 mmHg tekanan distolik 80-90 mmHg tekanan diastolik. Seseorang dinyatakan mengidap hipertensi bila tekanan darahnya > 140/90 mmHg. Pada pemeriksaan tekanan darah akan didapat dua angka, angka yang lebih tinggi diperoleh pada saat jantung berkontraksi (sistolik), angka yang lebih rendah diperoleh pada saat jantung berelaksasi (diastolik), tekanan darah kurang dari 120/80 mmHg didefinisikan sebagai “normal”. Pada tekanan darah tinggi, biasanya terjadi pada tekanan darah 140/90 mmHg atau ke atas, diukur di kedua lengan tiga kali dalam jangka beberapa minggu (Manutung, 2018).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian atau mortalitas. Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto Endang, 2014).

Jadi dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan keadaan tekanan darah yang melebihi 140 mmHg sistolik dan sama atau melebihi 90 mmHg diastolik.

2. Etiologi Hipertensi

Menurut Smelzer dan Bare, penyebab hipertensi dibagi menjadi 2, yaitu:

a. Hipertensi Esensial atau Primer

Penyebab pasti dari hipertensi esensial sampai saat ini masih belum dapat diketahui. Kurang lebih 10% penderita hipertensi tergolong esensial sedangkan 10% nya tergolong sekunder. Onset hipertensi primer terjadi pada usia 30-50 tahun. Hipertensi primer adalah suatu kondisi dimana penyebab skunder dari hipertensi tidak ditemukan. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit renovaskuler, aldosteronism, pheochromocytoma, gagal ginjal, dan penyakit lainnya. Genetik dan ras merupakan bagian yang menjadi penyebab timbulnya hipertensi primer, termasuk faktor lain yang diantaranya adalah faktor stres, intake alkohol moderat, merokok, lingkungan, demografi dan gaya hidup.

Diagnosis hipertensi dibuat setelah minimal 2 kali pengukuran tekanan darah tetap menunjukkan peningkatan, pengulangan pengukuran tekanan darah dilakukan setelah 2 menit. Dikenal istilah fenomena "*swite coat*", yaitu suatu keadaan peningkatan tekanan darah yang terbaca saat diukur oleh dokter atau tenaga kesehatan. Fenomena hipertensi *white coat* dapat disingkirkan dengan melakukan pengukuran oleh dokter atau tenaga kesehatan dan pengukuran dirumah atau komunitas. Pengukuran tekanan darah dilakukan secara cermat dan hati-hati, untuk menentukan keakuratan diagnosa. Monitoring tekanan darah selama aktivitas atau pergerakan juga dapat membantu menegakan diagnosis.

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, anantara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (Hiperaldosteronisme). Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditunjukan ke penderita hipertensi esensial.

c. Faktor Resiko

Pada 70-80% kasus hipertensi esensial, didapatkan riwayat hipertensi didalam keluarga. Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orangtua maka dugaan hipertensi esensial lebih besar. Hipertensi juga banyak dijumpai pada penderita kembar monozigot (satu telur), apabila salah satunya menderita hipertensi. Dugaan ini menyokong

bahwa faktor genetic mempunyai peran didalam terjadinya hipertensi. Riwayat keluarga juga merupakan masalah yang memicu masalah terjadinya hipertensi cenderung merupakan riwayat hipertensi maka sepanjang hidup kita memiliki kemungkinan 25% terkenan hipertensi.

Perbandingan antara pria dan wanita, terjadi wanita, teryanta wanita lebih banyak menderita hipertensi. Laporan sugiri di Jawa Tengah didapatkan angka prevalensi 6% dari dan 11% pada wanita. Laporan dari Sumatra Barat menunjukkan 18,6% pada pria dan 17,4% wanita. Didaerah perkotaan semarang didaptkan 7,5% pada pria dan 10,9% pada wanita. sedangkan didaerah perkotaan Jakarta didapatkan 14,6 pada pria dan 13,7% pada wanita.

Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi. Insiden hipertensi makin meningkat dengan meningkatnya usia. Ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, Pembuluh darah dan hormone. Hipertensi pada yang berusia kurang dari 35 tahunakan menaikan insiden penyakit arteri koroner dan kematian premature, jenis kelamin juga sangat erat kaitanya terhadap terjadinya hipertensi dimana pada masa mauda dan paruh baya lebih tinggi penyakit hipertensinya pada laki-laki dan pada wanita lebih tinggi setelah 50 tahun, ketika seorang wanita mengalami menopause.

Faktor lingkungan seperti stress berpengaruh terhadap timbulnya hipertensi esensial. Hubungan antara stress dengan hipertensi, diduga melalui aktivitas saraf simpatis. Saraf simpatis adalah saraf yang berkerja pada saat kita beraktivitas, saraf parasimpatis adalah saraf yang berkerja pada saat kita tidak braktivitas. Peningkatan aktivitas saraf simpatis dapat meningkatkan tekanan darah secara intermitten (tidak menentu). Apabila stres berkepanjangan, dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi, walaupun hail ini belum terbukti, tetapi angka kejadian di masyarakat perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan diperdesaan. Hal ini dapat dihubungkan dengan pengaruh stres yang dialami kelompok masyarakat yang tinggal dikota. Peningkatan tekanan darah sering intermiten pada awal perjalanan penyakit. Bahkan pada

kasus yang sudah tegak diagnosis, sangat berfluktuasi sebagai akibat dari respon terhadap stres emosional dan aktivitas fisik. Selama terjadi rasa takut ataupun stres tekanan arteri sering kali meningkat sampai setinggi dua kali normal dalam waktu beberapa detik.

Berdasarkan penyidikan, kegemukan merupakan ciri khas dari populasi hipertensi dan dibuktikan bahwa faktor inin mempunyai kaitan yang erat dengan terjadinya hipertensi di kemudian hari. Walaupun belum dapat dijelaskan hubungan antara obesitas dan hipertensi esensial, tetapi penyelidikan membuktikan bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dibandingkan dengan penderita yang mempunyai berat badan normal. Terbukti bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dari pada penderita hipertensi dengan berat badan normal (Triyanto Endang, 2014).

3. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi atau tekanan darah tinggi menurut Palmer, terbagi menjadi dua jenis, yaitu:

1. Hipertensi esensial (primer)

Tipe ini terjadi pada sebagian besar kasus tekanan darah tinggi, sekitar 95%. Penyebabnya tidak diketahui dengan jelas, walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor pola hidup seperti kurang bergerak dan pola makan.

2. Hipertensi sekunder

Tipe ini lebih jarang terjadi, hanya sekitar 5% dari seluruh kasus tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi tipe ini disebabkan oleh kondisi medis lain (misalnya penyakit ginjal) atau reaksi terhadap obat-obatan tertentu (misalnya pil KB).

Menurut Smelzer, hipertensi pada usia lanjut diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.

2. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistoliknya lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolic lebih rendah dari 90 mmHg.

Table 2.1
Klasifikasi Tekanan Darah Pada Orang Dewasa berusia 18 tahun ke atas

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	< 120	< 80
Pre Hipertensi	120-139 mmHg	80-89 mmHg
Hipertensi Tahap 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi Tahap 2	\geq 160 mmHg	100-109 mmHg

Sumber: (Manutung, 2018)

4. Patofisiologis

Meningkatnya tekanan darah didalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturanya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis.

Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormone didalam darah, bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh, Volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat.

Sebaliknya, jika aktivitas memompa jantung berkurang arteri mengalami pelebaran, banyak cairan berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun. Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan didalam fungsi ginjal dan system saraf otonom (bagian dari

system saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara: jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah ke normal.

Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali normal. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut renin, yang memicu pembentukan hormone angiotensi, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormon aldosterone, ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah; karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal dapat menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arteri renalis) bisa menyebabkan hipertensi. peradangan dan cidera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah.

Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang untuk sementara waktu akan meningkat tekanan darah selama respon fight-or-flight (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar); meningkatkan kecepatan dan kekuatan denyut jantung dan juga mempersempit sebagian besar arteriola, tetapi memperlebar arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka yang memerlukan pasokan darah yang lebih banyak); mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal, sehingga akan meningkatkan volume darah tubuh, melepaskan hormon epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (noradrenalin), yang merangsang jantung dan pembuluh darah, faktor stress merupakan satu faktor pencetus terjadinya peningkatan tekanan darah dengan proses pelepasan hormone epinefrin dan norepinefrin (Triyanto Endang, 2014).

5. Manifestasi Klinis Hipertensi

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala: meskipun secara tidak sengaja beberapa gejala terjadi bersamaan dan dipercaya berhubungan dengan tekanan darah tinggi (padahal sesungguhnya tidak). Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, pendarahan dari hidung,

pusing, wajar kemerahan dan kelelahan: yang bisa saja terjadi baik pada penderita hipertensi, maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala berikut:

- a. sakit kepala
- b. kelelahan
- c. mual
- d. muntah
- e. sesak napas
- f. gelisah

Padangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma karena terjadi pembengkakan otak, keadaan ini disebut ensefalopati hipertensif, yang memerlukan penanganan segera. Manifestasi klinis hipertensi secara umum dibedakan menjadi:

1) Tidak ada gejala

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

2) Gejala yang lazim

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

Manifestasi klinis hipertensi pada lansia secara umum adalah: sakit kepala, perdarahan hidung, vertigo, mual muntah, perubahan penglihatan, kesemutan pada kaki dan tangan, sesak nafas, kejang atau koma, nyeri dada. Penyakit tekanan darah tinggi merupakan kelainan “sepanjang umur“ tetapi penderitanya dapat hidup secara normal seperti layaknya orang sehat asalkan mampu mengendalikan tekanan darahnya dengan baik. Di lain pihak, orang yang masih muda dan sehat harus selalu memantau tekanan darah dengan darahnya, minimal setahun sekali.apabila bagi mereka yang mempunyai

faktor-faktor pencetus hipertensi seperti kelebihan berat badan, penderita kencing manis, penderita penyakit jantung, riwayat keluarga ada yang menderita tekanan darah tinggi, ibu hamil minum pill kontrasepsi, perokok dan orang yang pernah dinyatakan tekanan darahnya sedikit tinggi. Hal ini dilakukan karena bila hipertensi diketahui lebih dini, pengendaliannya dapat segera dilakukan (Manutung, 2018).

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan laboratorium; Hb/Ht: untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti: hipokoagulabilitas, anemia. BUN/ kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal. Glukosa: hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin. Urinalia: darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.
- b. CT scan: mengkaji adanya tumor serebral, ensefalopati.
- c. EKG: dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
- d. IU: mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti: batu ginjal, perbaikan ginjal.
- e. Foto dada: menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung (Nisa, 2020).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi yang didasarkan pada sifat terapi terbagi menjadi dua, yaitu:

a. Terapi non farmakologi

Penatalaksanaan dengan terapi non-farmakologi yaitu dengan teknik tanpa obat-obatan yang diterapkan pada hipertensi. Dan menggunakan cara kebiasaan pola hidup, seperti:

- 1) Pembatasan natrium dan asupan garam.
- 2) Menjaga berat badan tetap ideal.
- 3) Membiasakan olahraga secara teratur atau rutin.
- 4) Menghindari minum-minuman beralkohol.
- 5) Berusaha mengurangi kebiasaan merokok.

- 6) Berfikir tenang akan terhindar dari stress.
- 7) Melakukan latihan relaksasi.
- 8) Terapi komplementer.

b. Terapi farmakologi (terapi dengan obat)

Terapi ini yang dilaksanakan dengan obat-obatan menajid hal yang penting. Obat-obatan yang dapat digunakan antara lain obat-obatan golongan betabloker, diuretic dan antagonis kalsium.

1) Diuretik

Termasuk obat anti hipertensi yang memiliki fungsi untuk memicu pengeluaran garam dan air. Obat ini akan memproses penurunan jumlah cairan yang terdapat di pembuluh darah dan dapat mengakibatkan tekanan darah berkurang.

2) Beta bloker

Berfungsi mengurangi jumlah darah yang dipompakan dari jantung dan mengurangi kecepatan jantung dalam memompakan darah.

3) ACE-inhibitor

Berfungsi mencegah proses vasokonstriksi pada dinding pembuluh darah agar bisa mengurangi tekanan di pembuluh darah sehingga mengakibatkan tekanan darah turun.

4) Ca bloker

Berfungsi merelaksasikan pembuluh darah dan mengurangi kecepatan jantung (Prabowo, 2022).

8. Komplikasi Hipertensi

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpanjang tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang arteri-arteri otak yang mengalami aterosklerosis dapat menjadi lemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Gejala terkena stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba seperti, orang bingung, limbung atau bertingkah laku seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa lemah

atau sulit digerakan (misalnya wajah, mulut, atau lengan terasa kaku, tidak dapat berbicara secara jelas) serta tidak sadarkan diri secara mendadak.

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup darah oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan.

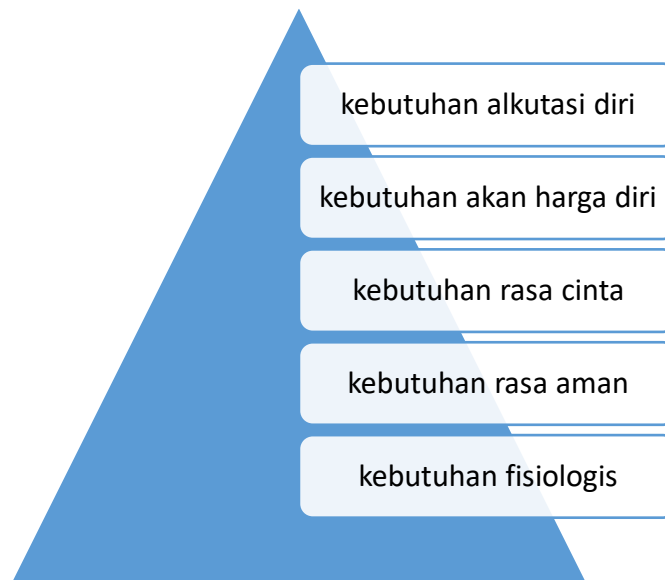
Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progsrif akibat tekanan darah tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir keunit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloit plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

Ketidak amampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul diparu, kaki dan jaringan lain sering disebut edema. Cairan didalam paru-paru menyebabkan sesak napas, timbulnya cairan ditungkai menyebabkan kaki bengkak atau sering dikatakan edema. Ensefalopati dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang cepat). Tekanan yang tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat. Neuron-neuron di sekitarnya kolap dan terjadi koma (Triyanto Endang, 2014).

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Menurut Abraham Maslow teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abram Maslow dalam Potter dan Perry, dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut.

Gambar 2.1 kebutuhan dasar manusia menurut Maslow



Sumber: (A.Aziz Alimul Hidayat, 2014)

1. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis.
 - a. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya
 - b. Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatir yang dialami seorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan sebagainya.
3. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok social, dan sebagainya.

4. Kebutuhan akan harga diri ataupun peragaan dihargai oleh lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri, selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (A.Aziz Alimul Hidayat, 2014).

Berdasarkan teori Maslow, kasus hipertensi pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman nyaman yang disebabkan oleh nyeri akut kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus dipenuhi. Sementara perlindungan psikologi meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing, dan bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan.

1. Pengertian nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri merupakan pengalaman perasaan tidak enak atau tidak menyenangkan dari sensorik maupun emosional seseorang yang disebabkan adanya stimulus yang berhubungan dengan resiko dan aktualnya kerusakan jaringan tubuh, bersifat subjektif dan sangat individual, dipengaruhi oleh budaya, persepsi seseorang, perhatian seseorang, perhatian dan variable-variabel psikologis lain, yang mengganggu perilaku berkelanjutan serta memotivasi setiap orang yang mengalami nyeri untuk mencoba untuk menghentikan rasa sakit tersebut (Sri, 2020).

2. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain: usia, jenis kelamin, budaya, pemahaman nyeri, perhatian, kecemasan, kelelahan, pengalaman masa lalu, pola coping, keluarga dan dukungan social.

a. Umur

Umur/usia adalah lamanya seseorang dapat hidup didunia, makin bertambah umur kemampuan panca indera seseorang terjadi penurunan. Pengaruh usia pada persepsi nyeri dan toleransi nyeri tidak diketahui

secara luas. Pengkajian nyeri pada lansia mungkin sulit karena perubahan fisiologis dan psikologis yang menyertai proses penuaan. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri, pada pasien lansia sering kali memiliki sumber nyeri lebih dari satu.

b. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda signifikan dalam berespon terhadap nyeri, hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri.

c. Pendidikan:

Makin tinggi pendidikan seseorang makin banyak pula kemampuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang diperkenalkan).

d. Paritas

Paritas merupakan jumlah anak yang dilahirkan oleh ibu. Pada ibu bersalin yang memiliki anak lebih dari satu akan lebih dapat mempersiapkan diri pada saat menghadapi persalinan berdasarkan pada pengalaman nyeri terdahulu.

e. Pengalaman Masa Lalu

Adalah menarik untuk berharap dimana individu yang mempunyai pengalaman multipel dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding orang yang mengalami sedikit nyeri. Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri.

f. Kecemasan (ansietas)

Meskipun umum diyakini bahwa kecemasan akan meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas.

- g. Budaya

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri (Potter, 2009). Budaya dan etniksitas mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri.
 - h. Makna Nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.
 - i. Lokasi dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri.
 - j. Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon.
 - k. Kelelahan

Kelelahan dan kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu.
 - l. Dukungan Keluarga dan Sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain dan orang terdekat, walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.
3. Jenis dan bentuk nyeri

Rasa nyeri akan dirasakan oleh seseorang dalam beberapa bentuk. Terdapat dua bentuk sindrom nyeri yaitu Nyeri Akut dan Nyeri Kronis.

a. Nyeri akut (Nyeri Nosiseftif)

Nyeri akut sering juga disebut nyeri nosiseftif adalah nyeri yang berlangsung bersamaan dengan masih adanya kerusakan jaringan. Nyeri akut adalah nyeri yang berlangsung secara singkat misal: nyeri yang diakibatkan oleh pembedahan abdomen, rasa nyeri ini tidak melebihi enam bulan. Serangan mendadak dari sebab yang sudah diketahui dan daerah yang nyeri biasanya dapat diketahui. Nyeri akut biasanya ditandai dengan

peningkatan tegangan otot, cemas yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

b. Nyeri kronis

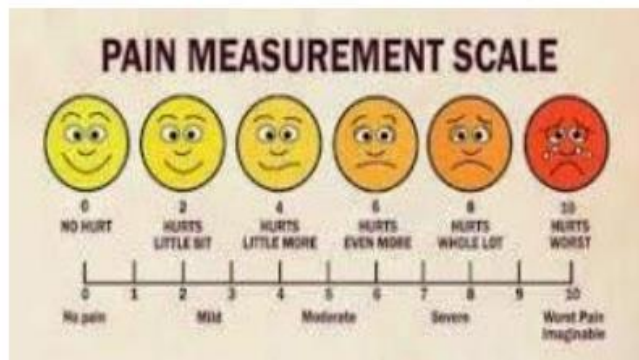
Nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan biasanya diklasifikasikan sebagai nyeri kronis, baik sumber nyeri itu diketahui atau tidak, atau nyeri itu tidak bisa disebutkan, penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga sukar bagi penderita untuk menunjukkan lokasinya

4. Cara pengukuran nyeri

Ada beberapa cara pengkajian nyeri

a. Pengkajian Nyeri berdasarkan **PQRST**

Gambar 2.2 Akronim PQRST menurut Muttaqin



Akronim PQRST ini digunakan untuk mengkaji keluhan nyeri pada pasien yang meliputi (Muttaqin, 2008). :

- 1) *Provokes/palliates*: Pengkajian provokatif/paliatif dapat dikaji dengan menanyakan apa yang menyebabkan nyeri? apa yang membuat nyerinya lebih baik? apa yang menyebabkan nyerinya lebih buruk? apa yang anda lakukan saat nyeri? apakah rasa nyeri itu membuat anda terbangun saat tidur?.
- 2) *Quality*: Mengkaji Kualitas/ kuantitas rasa nyeri dapat dilakukan dengan mengkaji Seberapa berat keluhan nyeri yang dirasakan pasien? bisakah anda menggambarkan rasa nyerinya? apakah seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk tusuk, rasa terbakar, kram, kolik, diremas? (biarkan pasien mengatakan dengan kata-katanya sendiri.
- 3) *Region and Radiates*: Region atau radiasi merupakan lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan atau ditemukan. 20 Buku ajar

Manajemen Nyeri Dalam Proses Persalinan (Non Farmaka) Radiasi dilihat dengan menanyakan apakah nyeri juga dirasakan menyebar ke daerah lain, atau menyebar ke daerah yang lebih luas apakah nyerinya menyebar? Menyebar kemana? Apakah nyeri terlokalisasi di satu titik atau bergerak? .

- 4) *Scale / Severity*: Skala Severity dartikan sebagai skala kegawatan yang dapat dilihat menggunakan *CPOT* untuk gangguan kesadaran atau skala nyeri ukuran lain yang berkaitan dengan keluhan pasien seberapa parah nyerinya? Dari rentang skala 0-10 dengan 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri hebat.
- 5) *Time*: Timing merupakan catatan waktu dimana kita akan menanyakan kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan / dirasakan, seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan / terjadi. Ditanyakan juga apakah terjadi secara mendadak atau bertahap kapan nyeri itu timbul? apakah onsetnya cepat atau lambat? berapa lama nyeri itu timbul? apakah terus menerus atau hilang timbul? apakah pernah merasakan nyeri ini sebelumnya? apakah nyerinya sama dengan nyeri sebelumnya atau berbeda?.

b. Skala Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale adalah cara mengkaji tingkat nyeri dengan melihat ekspresi wajah saat nyeri dirasakan. Skala nyeri yang satu ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas.

Gambar 2.3 Skala Wong-Baker *FACES Pain Rating Scale*





Berikut skala nyeri yang kita nilai berdasarkan ekspresi wajah:

Skala nyeri skala nyeri berdasarkan ekspresi wajah Penilaian Skala nyeri dari kiri ke kanan:

- 1) Wajah Pertama: Sangat senang karena ia tidak merasa sakit sama sekali.
- 2) Wajah Kedua: Sakit hanya sedikit.
- 3) Wajah ketiga: Sedikit lebih sakit.
- 4) Wajah Keempat: Jauh lebih sakit.
- 5) Wajah Kelima: Jauh lebih sakit banget.
- 6) Wajah Keenam: Sangat sakit luar biasa sampai menangis

c. (Skala Nyeri 0-10) *Comparative Pain Scale*.

Rasa nyeri seseorang berbeda-beda antar satu dengan lainnya. Nyeri yang dirasakan seseorang memiliki tingkatan, yaitu nyeri ringan, nyeri sedang, atau nyeri berat. Lebih lanjut kita istilahkan sebagai Skala Nyeri. Praktisi kesehatan harus dapat mengetahui tingkat nyeri atau seberapa besar nyeri dirasakan oleh pasien. Skala nyeri ini akan membantu praktisi kesehatan dalam menentukan seberapa besar nyeri dirasakan oleh pasien, membedakan tingkat beratnya suatu penyakit sehingga dapat membantu menegakkan diagnosis yang akurat, membantu merencanakan intervensi keperawatan atau pengobatan yang tepat, dan mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan dan pengobatan yang telah diberikan, Penilaian tingkat nyeri dengan menggunakan Skala Nyeri 0-10.

- 1) 0 = Tidak ada rasa sakit. Merasa normal.
- 2) 1 nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) = Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu Anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.

- 3) 2 (tidak menyenangkan) = nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.
- 4) 3 (bisa ditoleransi) = nyeri Sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.
- 5) 4 (menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.
- 6) 5 (sangat menyedihkan) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- 7) 6 (intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra Anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
- 8) 7 (sangat intens) = Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra pasien. Hal ini menyebabkan pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.
- 9) 8 (benar-benar mengerikan) = Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
- 10) 9 (menyiksa tak tertahankan) Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya. (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan) Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan pasien tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini. Karena biasanya pasien sudah keburu pingsan. Sebagai contoh pada pasien yang mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah. Untuk kemudahan penilaian dapat dilakukan dengan Pengelompokan, yaitu:
 - a) Skala nyeri 1-3 berarti Nyeri Ringan (masih bisa ditahan, aktifitas tak terganggu)
 - b) Skala nyeri 4-6 berarti Nyeri Sedang (mengganggu aktifitas fisik)
 - c) Skala nyeri 7-10 berarti Nyeri Berat. Biasanya pasien tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri

d. *Numerik Rating Scale (NRS)*

Numerik Rating Scale (NRS) adalah alat ukur tingkat nyeri dimana cara penilaian dengan meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan sesuai dengan level/tingkatan rasa nyerinya. Pada metode ini intensitas nyeri akan ditanyakan kepada pasien, kemudian pasien diminta untuk menunjuk angka sesuai dengan derajat/tingkat nyeri yang dirasakan. Derajat nyeri diukur dengan skala 0-10 (Loretz, 2005). Tingkat nyeri diukur atas dasar: tidak nyeri (*none*: 0), sedikitnyeri (*mild*: 1-3), nyeri sedang (*moderate*: 4-6) dan nyeri hebat (*severe*: 7-10) (Sri, 2020).

C. Konsep Proses Keperawatan Hipertensi

Menurut (Efendi, 2021), konsep proses keperawatan hipertensi terdiri dari pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi, dan evaluasi:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pertama dalam fase keperawatan. Assesmen adalah kegiatan pengumpulan data pasien yang lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, social mau pun spiritual dapat ditentukan.

a. Aktivitas atau istirahat

Kelemahan, letih, nafas pendek, frekuensi jantung tinggi, takipea

b. Sirkulasi

Riwayat hipertensi, arterosklerosis, penyakit jantung coroner, penyakit serebrovaskular, kenaikan TD, hipotensi postural, takikardi, perubahan warna kulit, suhu dingin.

c. Intergitas ego

Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoris, faktor stresmultiple, letupan seasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian tangisan yang meledak, otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu.

e. Makanan atau cairan

Makanan yang disukai dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kolestrol, berat beda normal atau obesitas, adanya edema.

f. Neurosensory

Keluhan pusing atau pening, sakit kepala berdenyut, gangguan penglihatan, episode epistaksis, perubahan orientasi, penurunan kekuatan gengaman, perubahan retinal optic.

g. Nyeri atau ketidak nyamanan

Angina, nyeri yang hilang timbul pada tungkai, sakit kepala oksipital berat, nyeri abdomen.

h. Pernafasan

Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas, takipea, ortopnea, dyspnea nocturnal proksimal, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok distres respirasi atau penggunaan otot aksesoris pernapasan, bunyi nafas nafas tambahan, sianosis.

i. Keamanan

Gangguan kordinasi, cara jalan, episode paresthesia, hipotensi postural.

j. Pembelajaran atau penyuluhan

Faktor keluarga hipertensi, arerosklesrosis, penyakit jantung, diabetes militus, faktor resiko etnik, penggunaan pil KB atau hormon.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut (Efendi, 2021) menggambarkan reaksi individu atau kelompok manusia (resiko status kesehatan atau perubahan pola) dan diturunkan dari proses pengkajian pertama yang dilakukan melalui proses analitis. Pegerakan diagnosa keperawatan harus memenuhi beberapa persyaratan, antara lain pernyataan yang jelas dan ringkas dari reaksi klien terhadap situasi atau situasi tertentu, intruksi keperawatan yang spesifik dan akurat, dapat dilakukan oleh staf keperawatan, dan klien. Dapat mencerminkan status kesehatan. Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien hipertensi:

a. Nyeri akut b.d agen pencederaan fisiologis

b. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan

c. Ansietas berhubungan b.d kurang terpapar informasi

d. Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit

e. Resiko jatuh b.d riwayat jatuh

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan (intervensi) menurut (Efendi, 2021) adalah setiap rencana tindakan yang dilakukan pada pasien untuk mengatasi masalah atau diagnosa yang dibuat pada pasien. Rencana keperawatan yang dikembangkan dengan baik mempromosikan perawatan lanjutan dari satu pengasuh ke pengasuh lainnya. Ini memberi semua staf perawat kesempatan untuk memastikan perawatan yang konsisten dan berkualitas. Beberapa langkah dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan meliputi penetapan prioritas, penetapan kriteria tujuan dan hasil yang diharapkan, penetapan intervensi keperawatan yang tepat dan pembuatan asuhan keperawatan, terdapat pada tabel dibawah:

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan Hipertensi Berdasarkan SDKI, SLKI, SIKI

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri Akut (D.0077)	Tingkat nyeri Kode (L.08063) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Pola napas membaik. 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Sikap protektif menurun 7. Menarik menurun 8. Muntah menurun 9. Mual menurun 10. Frekuensi nadi membaik 11. Pola napas membaik 12. Fokus membaik 13. Fungsi berkemih	Manajemen nyeri Kode (I.0823) Observasi : 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. identifikasi lokasi, kalidentifikasi skala nyeri 3. identifikasi respons nyeri non verbal lden 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping

		membaik 14. Perilaku membaik 15. Nafsu makan membaik 16. Pola tidur membaik	penggunaan analgetik Terapeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing. kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1	2	3	4
			<p>3.Fasilitasi istirahat dan tidur 4.pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 1.Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2.Jelaskan strategi meredakan nyeri 3.Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4.Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5.Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 1.Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	Gangguan pola tidur (D.0055)	<p>Pola tidur Kode (L.05045) 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Kemampuan beraktivitas meningkat</p>	<p>Dukungan tidur Kode (I.05174) Observasi : 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis,kopi,teh,alcohol makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Teraupetik : 1. Memodifikasi lingkungan (mis.pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang,jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p>

1	2	3	4
			<p>(mis, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <p>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologi, gaya hidup, sering berubah shift berkerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
3.	Ansietas (D.0080)	<p>Tingkat Ansietas Kode (L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang 	<p>Reduksi Ansietas Kode (I.09314)</p> <p>Obervasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

1	2	3	4
		<p>dihadapi menurun</p> <p>3. Perilaku gelisah menurun</p> <p>4. Perilaku tegang menurun</p> <p>5. Keluhan pusing menurun</p> <p>6. Anoreksia menurun</p> <p>7. Palpitasi menurun</p> <p>8. Frekuensi pernafasan menurun</p> <p>9. Frekuensi nadi menurun</p> <p>10. Tekanan darah menurun</p> <p>11. Diaforesis menurun</p> <p>12. Tremor menurun</p> <p>13. Pucat menurun</p> <p>14. Konsentrasi membaik</p> <p>15. Pola tidur membaik</p> <p>16. Perasaan keberdayaan membaik</p> <p>17. Kontak mata membaik</p> <p>18. Pola berkemih membaik</p> <p>19. Orientasi membaik</p>	<p>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</p> <p>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosa, pengobatan, dan prognosis</p> <p>3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>8. Latih teknik relaksasi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>
4.	Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)	<p>Status kenyamanan</p> <p>Kode (L.08064)</p> <p>1. keluhan tidak nyaman menurun</p> <p>2. gelisah</p>	<p>Terapi relaksasi</p> <p>Kode (I.09326)</p> <p>Obsrvasi :</p> <p>1. identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau</p>

		menurun 3. kebisingan menurun	
1	2	3	4
		4. keluhan sulit tidur menurun 5. keluhan kedinginan menurun 6. keluhan kepanaan menurun 7. gatal menurun 8. mual menurun 9. lelah menurun 10. merintih menurun 11. menangis menurun 12. iribilitas meurun 13. menyalahkan diri sendiri menurun 14. konfusi menurun 15. konsumsi alcohol menurun 16. penggunaan zat menurun percobaan bunuh diri menrun	mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik : 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruana nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi : 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditas, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi

1	2	3	4
			5. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 6. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 7. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
5.	Resiko Jatuh (D.0143)	Tingkat jatuh Kode (L.14138) 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. jatuh saat dipindahkan menurun 6. Jatuh saat naik tangga menurun 7. Jatuh saat dikamar mandi menurun 8. Jatuh saat membungkuk menurun	Pencegahan jatuh Kode (I.14540) Observasi : 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit onnitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan

1	2	3	4
			<p>pantauan perawat dari nurse station</p> <p>6. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker)</p> <p>7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdin</p> <p>5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan implementasi dari suatu rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Pengasuh harus memiliki keterampilan kognitif (intelektual), interpersonal, dan perilaku agar berhasil dalam memberikan perawatan sesuai dengan rencana perawatan. Proses implementasi harus didasarkan pada kebutuhan pelanggan, faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan perawatan, strategi implelementasi perawatan, dan aktivitas komunikasi.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian respon terhadap perilaku keperawatan yang telah dilakukan oleh pemberi asuhan terhadap pasien dengan mengacu pada kriteria atau kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya dalam pengembangan dalam memandangkan proses atau penilaian formatif yang dilakukan setelah setiap tindakan diselesaikan dengan respon klien

terhadap tujuan tertentu dan tujuan umum yang telah ditetapkan sebelumnya. Untuk mempermudah proses mengevaluasi atau memantau perkembangan klien. Digunakan komponen SOAP, adalah sebagai berikut:

S: Data subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan

O: Data subjektif

Data berdasarkan hasil pengkajian atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

A: Analisa

Merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi, atau juga dapat dilakukan suatu masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif

P: Plening

Perencanaan keperawatan yang dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan data tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.

D. konsep Teori Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif. Asuhan keluarga diberikan kepada manusia dengan sasaran sebagai individu, keluarga, kelompok dan penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan modifikasi SDKI, SLKI, SIKI. Hasil capaian adalah sebagai berikut:

1. TUK 1 : Mampu mengenal masalah

Domain capaian hasil. Pengetahuandan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

2.TUK 2 : Mampu mengambil keputusan

Domain capaian hasil. Domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi terhadap perilaku kesehatan.

3.TUK 3 : Mampu merawat

Domain capaian hasil adalah kesehatan keluarga. Kesehatan keluarga yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan *care giver*, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.

4.TUK 4 : mampu memodifikasi lingkungan

Domain capaian adalah kesejahteraan keluarga yaitu dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan yang aman dengan mengurangi faktor resiko.

5.TUK 5 : mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil adalah penguasaan tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan.

Teori di atas sesuai dengan pernyataan (Achjar, 2010) menyatakan aspek keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus. Aplikasi dalam asuhan keperawatan sebagai berikut:

1. Pengkajian

a. Data umum

1) Identitas pasien

Berisi tentang identitas pasien yang meliputi: nama, umur, unsur, pekerjaan, suku, agama, dan alamat (KK).

2) Data kesehatan keluarga

Pada pengkajian ini fokus utama yaitu pada yang sakit yang mencakup diagnosa penyakit, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta apa saja kebutuhan dasar manusia yang terganggu. Kemudian pemeriksaan seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan *head to toe*.

3) Data kesehatan keluarga

Berupa uraian kondisi rumah yang meliputi tipe rumah, ventilasi, bagaimana pencahayaan, kelembaban lingkungan rumah, kebersihan rumah, kebersihan lingkungan rumah serta bagaimana serana MCK yang ada dilingkungan rumah.

4) Struktur keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tipe keluarga, peran anggota keluarga, bagaimana komunikasi didalam keluarga, sumber-sumber kehidupan keluarga, serta sumber penunjang kesehatan keluarga.

5) Fungsi keluarga

Fungsi keluarga mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga, yaitu:

a) KMK mengenal masalah

Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, penegrtian hingga tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.

b) KMK mengambil keputusan

Meliputi sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat asli dari luasnya masalah diraskan keluarga. Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.

c) KMK merawat anggota keluarga yang sakit

Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.

d) KMK memelihara kesehatan memodifikasi memelihara lingkungan

Meliputi keuntungan atau manfaat pemeliharaan, pentingnya hyangien sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

e) KMK kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan meliputi sejauh mana keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan baik.

b. Perioritas masalah

Bailon dan Maglaya (2009) telah merumuskan skala prioritas sebagai berikut:

Table 2.3
Skala prioritas masalah

No	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1	2	3	4	5
1	Sifat masalah	Actual Potensial Resiko	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah	Mudah sebagian Tidak mudah	2 1 0	2
3	Potensial masalah dapat dicegah	Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4	Potensial masalah dapat dicegah	Tinggi Cukup Rendah	2 1 0	1

Keterangan skoring:

Setelah merumuskan skala prioritas sesuai tabel di atas, langkah selanjutnya adalah membuat skoring. Bailon dan Maglaya membuat rumus:

Gambar 2.4
Skoring skala prioritas

$$\frac{\text{Skoring}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

Dengan adanya skala proiritas, maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang memutuhkan penanganan cepet atau lambat. Masing-masing kriteria memberikan sumbangan masukan atas penanganan.

1) Kriteria sifat masalah

Menentukan sifat masalah ini berangkat dari tiga poin pokok yaitu tidak, kurang sehat, ancaman kesehatan, dan keadaan sejahtera tidak atau kurang sehat merupakan kondisi di mana anggota keluarga terserang suatu penyakit. Hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan perkembangan atau pertumbuhan yang tidak sesuai dengan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang kesehatan. Ancaman ini bias berlaku dari penyakit yang ringan hingga penyakit yang paling berat. Sumber dari penyakit ini biasanya dari konsumsi, pola hidup dan gaya hidup sehari-hari.

2) Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada pasien. Tingkat penanganan terdiri dari tiga bagian, yaitu mudah, sebagian, dan tidak ada kemungkinan untuk diubah.

3) Kriteria potensi pencegahan masalah

Kriteria ini mengacu pada tingkat, yaitu tinggi, cukup, dan rendah, berbedanya tingkat ditentukan oleh berbagai faktor. Kemungkinan yang paling berat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.

4) Kriteria masalah yang menonjol

Maslah yang menonjol biasanya mudah terlihat ketika menangani pasien. Namun hal ini tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang dilalui tepat. Prioritas yang harus ditangani berdasarkan:

- a) Masalah yang benar-benar harus ditangani.
- b) Ada maslah terapi tidak harus segera ditangani.
- c) Ada maslah tetapi tidak dirasakan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengambilan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk menetapkan tindakan-tindakan di mana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya.

a. Problem (P/masalah)

Masalah merupakan kondisi yang tidak sesuai dengan kondisi ideal atau sesuai dengan perkembangannya. Hal ini menjadi acuan perawat untuk memberikan gambaran kondisi pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan. Tujuan dari diagnosis ini adalah untuk menjelaskan status kesehatan pasien atau masalah kesehatan yang sedang dihadapi dengan cara yang jelas dan singkat sehingga mudah dipahami pasien. Dalam kondisi ini perawat dapat berkomunikasi dengan istilah yang dimengerti secara umum atau membuat analogi-analogi yang mudah dimengerti sehingga mampu meningkatkan kerjasama perawat dalam mendefinisikan diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

b. Etiologi (E/penyebab)

Dari masalah yang ada, kemudian dicari penyebab yang dapat menunjukkan permasalahan penyebab yang sering terjadi biasanya meliputi perilaku, lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan, unsur-unsur dalam identifikasi etiologi adalah:

- 1) Patofisiologi penyakit, yaitu semua penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah.
- 2) Situasional yaitu pengaruh individu dan lingkungan yang bias menjadikan sebab kekurangan pengetahuan, isolasi sosial.
- 3) Medikasi yaitu fasilitas dan program pengobatan atau perawatan
- 4) Maturasional yaitu proses pertumbuhan menjadi dewasa apakah pertumbuhan ini sesuai dengan usianya atau tidak
- 5) *Adolescence* yaitu tergantung dalam kelompok yang menyebabkan kurangnya inisiatif
- 6) *Young adult* yaitu kondisi seorang menikah, hamil menjadi orang tua.

7) Dewasa, yaitu tekanan karier dan tanda-tanda pubertas.

c. Sign dan sympom (S/Tanda dan Gejala)

Pada tahap ini yang perlu dikaji lebih lanjut adalah ciri, gejala, atau tanda. Sign and sympom merupakan informasi yang sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan, dan telah ditentukan rumus yang telah disepakati bersama. Rumus tersebut adalah PE/PES (Achjar, 2012).