BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi

Menurut Astriani *et al* (2021) *hypertension* adalah peningkatan yang tidak biasa terhadap tekanan darah tanpa henti yang memberikan gejala terhadap organ target seperti stroke yang dapat terjadi akibat gangguan aliran darah pada otak dan penyakit jantung koroner akibat endapan lemak di pembuluh darah jantung.

Menurut Nisa *et al (*2022) Hipertensi atau tekanan darah tinggi berasal dari kata "*hyper*" yang berarti "berlebihan", dan "*tension*". Keadaan abnormal bila terjadi peningkatan tekanan darah terhadap arteri merupakan penyakit hipertensi. Seseorang dapat dikatakan mengalami efek buruk hipertensi jika denyut nadinya lebih dari 140/90 mmHg dilalui percobaan beberapa kali.

Berdasarkan pendapat diatas disimpulkan bahwa tekanan darah yang abnormal atau tinggi melewati batas normal yaitu tekanan darah sistolik >140 mmHg dan tekanan darah diastolik >90 mmHg merupakan hipertensi melalui pelaksanaannya secara berulang-ulang dan diketahui ketika sudah terjadi disfungsi terhadap suatu organ tubuh.

2. Etiologi

Menurut (Musakkar dan Tanwir Djafar, 2021) terdapat beberapa penyebab hipertensi, antara lain :

a. Keturunan

Hipertensi juga disebabkan oleh keluaraga (keturunan), maka dari itu seseorang akan menderita penyakit hipertensi.

b. Usia

Struktur kehidupan tubuh mulai berubah dimana semakin bertambahnya usia akan meningkatkan faktor risiko hipertensi, karena saluran mengalami kekurangan fleksibilitas yang membuat pembuluh darah menjadi kencang dan tipis sehingga denyut nadi meningkat (Sutarga, 2017).

c. Jenis kelamin

Prevalensi hipertensi pada pria sedikit tinggi terhadap wanita. Hal ini berlaku untuk orang di bawah usia 50 tahun karena, ketika mereka berusia 50 tahun, wanita lebih mungkin mengalami hipertensi dari pada pria. Disebabkan karena penurunan hormon estrogen, yang membantu melindungi dari tekanan darah yang tinggi, dan penyakit jantung (Sutarga, 2017).

d. Kolestrol

Kelebihan zat lemak dalam darah bisa membuat kolesterol sehingga mengakibatkan penurunan aliran darah dan peningkatan tekanan darah

e. Kegemukan (obesitas)

Untuk menjaga keseimbangan energi yang sehat, orang paruh baya dan lanjut usia cenderung kurang aktif. Akibatnya, berat badan mereka akan bertambah atau menjadi obesitas, yang bisa membuat kondisinya semakin parah.. Hal tersebut terjadi ketika memiliki 30% dari berat badan normal besar kemungkinan mengidap hipertensi (Sutarga, 2017).

f. Stres

Salah satu faktor stress dipicu oleh hipertensi dimana gerakan saraf otak yang melebar yang dapat meningkatkan denyut nadi secara tidak teratur (tidak dapat diprediksi).

g. Kebiasaan merokok

Karena nikotin dalam rokok sangat tinggi sehingga dapat menyebabkan tersumbatnya pembuluh darah mengakibatkan peningkatan secara signifikan. Maka dari tu kebiasaan merokok yang disertai dengan hipertensi akan menimbulkan gangguan pada organ tubuh.

h. Kurangnya aktivitas olahraga

Kurangnya dalam beraktivitas seperti olahraga dan bergerak dapat meningkatkan tekanan darah, Sejumlah penelitian telah menunjukkan bahwa aktivitas fisik secara teratur dapat melebarkan pembuluh darah untuk menormalkan tekanan darah, menurunkan tekanan darah. Kemungkinan hipertensi meningkat kurangnya aktivitas fisik jauh berbeda terhadap orang yang sering beraktivitas, mereka yang kurang berolahraga atau kurang aktif memiliki risiko 20-50% lebih tinggi untuk mengalami tekanan darah tinggi atau hipertensi. (Sutarga, 2017).

3. Tanda dan gejala

Menurut Ramdani, Rilla dan Yuningsih (2017), pasien hipertensi dapat menunjukkan tanda dan gejala sebagai berikut :

a. Sakit kepala

b. Nyeri tengkuk atau leher

c. Telinga berdenging (tinnitus)

d. Jantung berdebar-debar (gangguan irama jantung)

e. Pusing (vertigo) mengakibatkan mual dan muntah

f. Nyeri dada dan sesak napas

g. Penglihatan kabur (gangguan pada penglihatan)

4. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan hipertensi berlandaskan Agestin (2020) meliputi :

a. Laboratorium

Pemeriksaan ini dilakukan meliputi penilaian hemoglobin dan hematokrit (melihat vaskositas dan indikasi faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas)..

b. *Elektrokardiografi*

Pengujian ini menentukan terjadinya perubahan kondisi penyakit dalam tubuh meliputi gagal jantung terdapat di kardiovaskuler dimana pasien diagnose medis dengan tekanan darah tinggi.

c. *X-Ray thoraks*

X-ray dada digunakan untuk mengamati keberadaan susunan katup jantung, dan ekstensi kardiovaskuler.

d. USG ginjal

Kelainan pada ginjal, seperti batu ginjal, dapat dilihat dengan bantuan USG ginjal. Selain itu, USG digunakan untuk menentukan bagaimana darah mengalir ke ginjal.

e. CT scan kepala

Kemungkinan terjadi sumbatan pada pembuluh darah pada penderita hipertensi, maka kondisi pembuluh darah yang mensuplai otak dapat dinilai dengan menggunakan hasil CT scan kepala. Stroke akan terjadi akibat dari gangguan pada pembuluh darah menuju otak. CT scan kepala diperlukan untuk pasien hipertensi karena stroke ini dapat mengakibatkan hilangnya gerakan atau komplikasi pada anggota gerak.

5. Penatalaksanaan

Mengurangi kemungkinan infeksi kardiovaskular, kematian, dan kejadian terkait lainnya adalah tujuan mengenali dan mengelola hipertensi. Tujuan terapi termasuk mengendalikan faktor risiko dan mencapai serta mempertahankan tekanan darah sistolik dan diastolik di bawah 90 mm Hg. Perubahan gaya hidup sendiri atau pengobatan untuk menurunkan tekanan darah dapat mencapai hal ini. Hipertensi dapat diobati dengan berbagai cara. Pasien dengan hipertensi dapat dikelola dengan cara berikut :

a. Terapi farmakologis

Obat antihipertensi seperti captopril, amlodipine, dan benazepril umumnya digunakan dalam pengobatan farmakologi hipertensi. Pencegahan kematian terkait hipertensi seperti stroke, iskemia, dan gagal jantung kongestif adalah tujuan utama dari manajemen pengobatan untuk hipertensi.

b. Terapi non-farmakologis

Pilihan pengobatan ini diobati secara khusus meliputi salah satu contohnya terapi relaksasi (aromaterapi mawar). Bunga mawar terdapat komponen aromatik yang dapat meningkatkan aliran darah dan merangsang respons emosional, serta menimbulkan perasaan tenang dan rileks. (Wahyuni, Fatmawati dan Silvitasari, 2020).

1. Pengaturan diet

Penelitian lain mengemukakan pola makan dan gaya hidup yang sehat atau dengan obat-obatan yang mengurangi efek samping gangguan kardiovaskular dan dapat bekerja pada hipertrofi ventrikel kiri. Adapun anjuran tersebut disarankan:

a. Diet rendah garam (menurunkan tekanan darah pasien hipertensi). Potensinya besar sebagai antihipertensi karena dapat mengurangi stimulasi sistem renin-angiotensin dengan mengurangi konsumsi garam. Asupan natrium harian yang disarankan adalah 50-100 mmol (tiga hingga enam garam perhari).
b. Mekanisme diet tinggi kalium (menurunkan tekanan darah) namun tidak diketahui (belum jelas) diberikan secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang diperkirakan dimediasi oleh oksida nitrat yang ada di dinding pembuluh darah.
c. Diet tinggi sayuran dan buah-buahan
d. Diet rendah kolesterol (pengobatan penyakit jantung).

2. Penurunan berat badan

Menurunkan berat badan dapat membantu beberapa orang mengatasi obesitas dan menurunkan tekanan darah. Beberapa pemeriksaan menunjukkan bahwa penurunan berat badan terhadap kejadian terkait hipertensi merupakan cara mencegah terjadinya tekanan darah tinggi.

3. Olahraga

Kegiatan beraktivitas olahraga seperti berjalan dan berlari, sangat efektif dalam menstabilkan kondisi jantung.

4. Terapi relaksasi

Pengobatan diperlukan pada individu dengan hipertensi agar vena menjadi stabil denyut nadi membaik. Menyebabkan organ kembali rileks dan harus dapat dilakukan dengan lebih dari satu cara, misalnya perawatan musik gaya lama, yoga, relaksasi pernapasan dalam, dan pemberian aromaterapi. Secara umum *Aromatherapy of rose* adalah terapi menggunakan minyak essensial aroma mawar

yang sangat efektif serta konsisten dalam mengurangi dan bahkan mengatasi gangguan mental dan ketidaknyamanan seperti gugup, depresi, menurunkan tekanan darah dan rasa sakit (Sundari and Hartutik, 2022).

6. Komplikasi

Berlandaskan hipertensi, juga dikenal sebagai tekanan darah tinggi, apabila tidak diobati, pada akhirnya dapat merusak arteri tubuh. Hipertensi paling sering dikaitkan dengan komplikasi sebagai berikut :

a. *Stroke*

Hipertensi dapat menimbulkan gangguan pada saraf pusat yang terjadi pada otak (stroke). Dengan anggapan bahwa jalur yang mensuplai otak membeku, sehingga mengurangi aliran darah menuju ke otak yang disuplai oleh darah, maka dari itu stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis.

b. *Infark miokard*

Ketika vena koroner tidak dapat mengantarkan oksigen ke miokardium atau ketika terjadinya pembekuan darah membentuk dan mencegah darah mengalir melalui pembuluh darah, kondisi ini disebut nekrosis lokal miokard. Hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel mungkin gagal memenuhi kebutuhan masuknya suplai oksigen menuju ke miokardium, sehingga miokardium yang dapat menyebabkan iskemia dan infark jantung. Mengalami gangguan pada jantung sehingga menyebabkan perubahan tersebut terjadi akibat dari melintasi ventrikel yang disebabkan oleh hipertrofi ventrikel dapat mengakibatkan disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan gumpalan.

c. Gagal ginjal

Tekanan tinggi pada kapiler glomerulus secara menerus menyebabkan kerusakan, yang akhirnya menyebabkan gagal ginjal.

d. Kejang

Wanita yang mengalami peningkatan tekanan darah atau memiliki tekanan darah tinggi selama masa kehamilan dapat mengalami kejang. Hal ini akan terjadi ketika seorang ibu mengalami kejang selama masa kehamilan maupun sebelum proses terjadinya kelahiran bayi, maka dari itu bayi tersebut mengalami gangguan pada tubuhnya dimana kelahiran bayi dikarenakan kurangnya usia bayi sebelum proses terjadinya kelahiran sehingga menimbulkan berat bayi lahir kecil, karena perfusi plasenta yang tidak memadai. Mereka mungkin juga mengalami hipoksia dan penumpukan asam dalam darah.

B. Konsep Dasar Maslah Keperawatan Nyeri Akut

1. Definisi

Menurut PPNI (2016) pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan merupakan definisi dari nyeri akut.

2. Penyebab

a. Agen pencedera fisiologis (misal, inflamasi, iskemia, neoplasma)

b. Agen pencedera kimiawi (misal, terbakar, bahan kimia iritan)

c. Agen pencedera fisik (misal, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3. Data mayor dan minor nyeri akut

Tabel 1
Data Mayor dan Data Minor Nyeri akut

Data Mayor	Data Minor
Subjektif : 1. Mengeluh nyeri	Subjektif : (*tidak tersedia*)
Objektif : 1. Tampak Meringis 2. Bersikaf protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit Tidur	Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

Sumber : (PPNI, 2016)

4. Penatalaksanaan nyeri akut dengan aromaterapi mawar

Menurut Wahyuni, Fatmawati dan Silvitasari (2020) bunga mawar adalah salah satu tanaman yang digunakan dalam aromaterapi. Bahan-bahan yang terkandung dalam salep peremajaan bunga citral, mawar. citronellol, rose geraniol, linalol, nerol, eugenol, phenylethyl, liquor, farnesol, nonil, dan aldehida. Zat yang terkandung dalam mawar membuat perbedaan farmakologis, geraniol dan linalool selanjutnya dapat meningkatkan sirkulasi darah, mennormalkan menstruasi, melawan iritasi, membuang racun dan membunuh racun.

Aromatherapy of rose bertujuan untuk penurunan tekanan darah yang menyebabkan pada kandungan tersebut memilik extra pada bunga mawar sehingga muculnya aroma berbeda yang akan dideteksi oleh saraf penciuman (impuls saraf penciuman akan berjalan ke hipotalamus dan berdampak pada sistem saraf pusat).

Maka itu rasa tenang akan ditanamkan dan rasa rileks akan dialami. Sistem saraf parasimpatis akan menurunkan detak jantung saat tubuh dalam keadaan tenang.

Berikut langkah-langkah pemberian aromaterapi mawar.

a. Tahap persiapan

1) Mempersiapkan alat dan bahan
2) Menyampaikan identitas, maksud dan tujuan kedatangan .
3) Sebelum memberikan aromaterapi mawar kepada penderita hipertensi, ukur tekanan darahnya dan catat pada lembar observasi..

b. Tahap kerja

1) Menjaga kerahasiaan (privasi) klien
2) Berikan mangkok dengan air hangat secukupnya lalu letakan pada tempat yang sudah disediakan
3) Nyalakan korek api, kemudian ambil lilin untuk dihidupkan/dinyalakan
4) Lalu letakan lilin yang dihidupkan tepat di bawah mangkok yang berisi air hangat.
5) Kemudian berikan *essential oil* di dalam mangkok yang terdapat air hangat sebanyak 5-10 tetes
6) Kemudian berikan kepada klien untuk menghirup uap *essential oil* yang telah larut dalam air hangat pada mangkok selama 5-10 menit
7) Setelah terapi selesai bersihkan alat kemudian periksa kembali tekanan darah klien

c. Evaluasi

1) Mengevaluasi pada klien bagaimana perasaannya setelah diberikan pemberian aromaterapi.

2) Kaji kembali tekanan darah klien setelah diberikan pemberian aromaterapi.

C. Asuham Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Hipertensi

1. Pengkajian keperawatan

Serangkaian tugas pengumpulan data (pengkajian keperawatan) dan informasi yang diselesaikan secara efisien yang ditujukan untuk menentukan kondisi klien. Kemudian Informasi yang dikumpulkan selama pengkajian memberikan informasi yang lengkap tentang kondisi klien jika diperoleh langsung dari klien dan keluarganya. (Adinda, 2019).

Menurut Riasmini et al (2017) komponen pengkajian terdiri atas :

a. Data umum

Mengidentifikasi klien, yang biasanya mencakup nama klien, usia, jenis kelamin, agama, etnis, status perkawinan, tingkat pendidikan terakhir, pekerjaan sebelumnya, alamat, tanggal penilaian, dan nama penanggung jawab.

b. Riwayat keluarga

Menggambarkan catatan silsilah (nenek, kakek, ibu, bapak, wali, kerabat, pasangan hidup dan anak-anak).

c. Riwayat pekerjaan

Berikan informasi tentang pekerjaan klien sebelumnya, pekerjaan saat ini, dan sumber pendapatan untuk memenuhi kebutuhan klien.

d. Riwayat lingkungan hidup

Berikan detail tentang rumah klien, termasuk tipenya, jumlah kamar, jumlah orang yang tinggal di sana, dan alamatnya.

e. Riwayat rekreasi

Memahami kepentingan sampingan klien, latihan dalam pergaulan dan mengisi waktu senggang

f. Status kesehatan

Berisi keluhan klien, riwayat alergi, dan status pengobatan terdahulu.

g. Aktivitas hidup sehari-hari

Indeks Katz adalah alat analisis yang menggunakan enam indikator mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, operasi, kontinensia, makan untuk mengukur kemandirian fungsional dalam hal mobilitas dan perawatan diri. Ini juga dapat digunakan sebagai kriteria untuk mengevaluasi fungsional pasien dengan gangguan keseimbangan. Dengan 6 pertanyaan yang tidak sepenuhnya ditentukan dengan memeriksa bagian otonom atau mengandalkan lembar polling. Menggunakan interpretasi hasil skor A: Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kekamar kecil, mandi dan berpakaian Kelas B: Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut. Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan. Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi,berpakaian, dan satu fungsi tambahan. Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan. Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Nilai G: Ketergantungan enam fungsi (Padila, 2013).

h. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Berisi oksigenasi, nutrisi, cairan dan elektrolit, gerakan, kebersihan individu, dan seksualitas.

i. Pengkajian kognitif dan mental

1) *Short Porteble Mental Status Questionaire* (SPMSQ)

Berlandaskan Padila (2013) instrumen pengkajian sederhana (SPMSQ) yang di gunakan untuk menilai fungsi intelektual mental dari lansia. Terdiri dari 10 pertanyaan yang berkaitan dengan intelektual lansia diisi dengan cara memberikan jawaban yang di ucapkan oleh lansia dan memberikan setiap pertanyaan nilai 1. Jika kesalahan 0-2 berarti fungsi intelektual lansia utuh, kesalahan 3-4 berarti lansia mengalami kerusakan intelektual ringan, kesalahan 5-7 berarti lansia mengalami kerusakan intelektual sedang, kesalahan 8-10 lansia mengalami kerusakan intelektual berat.

2) *Mini - Mental State Exam* (MMSE)

Berlandaskan Padila (2013) m*ini mental stase exam* (MMSE) adalah tes skrining yang paling umum digunakan untuk penilaian fungsi kognitif dan merupakan pemeriksaan mental mini yang cukup populer. MMSE digunakan sebagai alat untuk mendeteksi adanya gangguan kognitif pada seseorang/individu, mengevaluasi perjalanan suatu penyakit yang berhubungan dengan proses penurunan kognitif dan memonitor respon terhadap pengobatan.

3) *Geratric Depression Scale* (GDS)

Berlandaskan Padila (2013) pengukuran tingkat depresi pada lansia menggunakan skala depresi geriatrik/*Geratric Depression Scale* (GDS) nilai satu poin untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya atau tidak dan respon yang tidak sesuai diberi nilai nol. Poin-poin tersebut dijumlahkan untuk mengetahui skor totoal, sehingga jumlah skor total 15 dan skor minimal 0. Kemudian dengan

mengetahui skor total ditentukan tingkat depresi dengan kriteria : Skor 5-9 : kemungkinan depresi, Skor 10 atau lebih : depresi.

j. Tinjauan sistem (pemeriksaan fisik)

Proses pemeriksaan tubuh dan fungsinya dari ujung rambut sampai ujung kaki dikenal dengan pemeriksaan fisik. Inspeksi (melihat), auskultasi (mendengar), palpasi (menyentuh), dan perkusi (mengetuk) biasanya digunakan dalam pemeriksaan fisik.

k. Data penunjang

Diperoleh dari hasil laboratorium, USG, CT-*Scan*, EKG, dan lain-lain.

2. Diagnosis keperawatan

Menurut PPNI (2016) Suatu langkah dalam proses keperawatan yang menjelaskan pengkajian klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan 18ctual atau potensial disebut diagnosis keperawatan. Melalui respons klien, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan, diagnosis keperawatan bertujuan untuk menganalisis dan mengidentifikasi masalah keperawatan. Nyeri akut yang disebabkan oleh agen cedera fisik merupakan masalah umum bagi perawat dengan tekanan darah tinggi. Hal ini ditandai dengan pasien yang mengeluh sakit dan menampilkan meringis pelindung (misalnya, waspada, posisi untuk menghindari rasa sakit), kecemasan, peningkatan denyut nadi, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola pernapasan berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, penarikan diri, dan diaforesis.

3. Intervensi keperawatan

Semua perawatan yang diberikan oleh perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan merupakan intervensi keperawatan. Sementara itu, kegiatan

keperawatan merupakan cara-cara yang eksplisit dalam berperilaku atau latihan yang dilakukan oleh tenaga medis untuk melaksanakan mediasi keperawatan (PPNI, 2018). Dengan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), berikut rencana asuhan keperawatan keluarga untuk hipertensi disajikan pada tabel 2.

Tabel 2
Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Hipertensi

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Nyeri Akut (D. 0077) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jarigan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab: □ Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamai, iskemia, neoplasma □ Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) □ Agen pencedera fisik (mis. Abses,amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat,	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 30 menit diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) Berkurang dengan kriteria hasil : □ Keluhan nyeri menurun (5) □ Meringis menurun (5) □ Sikap protektif menurun (5) □ Gelisah menurun (5) □ Kesulitan tidur menurun (5) □ Frekuensi nadi membaik (5) □ Pola napas membaik (5) □ Tekanan darah membaik (5)	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi □ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri □ Identifikasi skala nyeri □ Identifikasi respons nyeri non verbal □ Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri □ Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri □ Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri □ Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup □ Monitor keberhasilan

proseduroperasi, trauma, latihan fisik berlebih) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif □ Mengeluh nyeri Objektif □ Tampak meringis □ Bersikap protektif (mis. Waspada,posisi menghindari nyeri) □ Gelisah □ Frekuensi nadi meningkat □ Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif - Objektif □ Tekanan darah meningkat □ Pola napas berubah □ Nafsu makan berubah □ Proses berpikir terganggu □ Menarik diri □ Berfokus pada diri sendiri □ Diaforesis Kondisi Klinis Terkait □ Kondisi pembedahan □ Cedera traumatis □ Infeksi	□ Nafsu makan membaik (5) □ Pola tidur membaik (5)	terapi □ Komplementer yang sudah diberikan □ Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik □ Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) □ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) □ Fasilitas istirahat dan tidur □ Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri Edukasi □ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu □ Jelaskan strategi meredakan nyeri □ Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri □ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat □ Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk

	mengurangi rasa nyeri Kolaborasi □ Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Sumber : (PPNI, 2016), (PPNI, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Proses pelaksanaannya implementasi keperawatan harus difokuskan terhadap kebutuhuan klien (Dinarti and Y. Mulyanti, 2017). Ada tiga macam pelaksanaan keperawatan, khususnya: pelaksanaan mandiri (pelaksanaan dimulai oleh perawat sendiri untuk membantu pasien dalam mengalahkan kekhawatiran mereka tergantung pada situasi), pelaksanaan bergantung / kooperatif (kegiatan keperawatan berdasarkan partisipasi dengan kelompok keperawatan individu atau dengan lainnya kelompok kesejahteraan) dan eksekusi lingkungan (kegiatan keperawatan berdasarkan referensi dari pemanggilan yang berbeda).

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Dinarti and Y. Mulyanti (2017) Tahap akhir dari pengembangan proses keperawatan adalah evaluasi keperawatan yang digunakan untuk menentukan apakah kegiatan keperawatan yang dilakukan berhasil atau memerlukan pendekatan yang berbeda. Dua jenis evaluasi yang digunakan dalam asuhan keperawatan adalah evaluasi sumatif observasi dan analisis status kesehatan sesuai tujuan dan penilaian formatif tindakan sistem keperawatan dan hasil pelayanan asuhan keperawatan. (Adinda, 2019).