

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Hipertensi

1. Definisi

Tekanan darah tinggi atau *the silent killer* merupakan golongan penyakit mematikan, jenis pengidap ini tidak menutup kemungkinan kalangan remaja maupun dewasa. Hipertensi merupakan adanya ketidakwajaran pada jantung dan pembuluh darah yang berciri-ciri adanya tekanan darah yang terus tinggi atau naik. Hipertensi adalah kondisi perbedaan pada tekanan darah yang mengalami peningkatan berupa kronik (Sormin, 2019).

Hipertensi merupakan meningkatnya tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Hipertensi merupakan bentuk kenaikan tidak pada umumnya pada tekanan darah yaitu pembuluh darah arteri secara berulang selama beberapa waktu tertentu. Pada dasarnya, hipertensi adalah pengidap yang tidak menunjukkan tanda-tanda biasanya kebanyakan individu menganggapnya biasa saja atau sakit biasa, pada dasarnya individu yang menderita pengidap ini hanya mengalami gejala-gejala yang ringan seperti pusing, mual, muntah, sakit kepala, tengkuk pegal, tekanan darah tinggi (Dita & Margiyati, 2021).

2. Klasifikasi

Menurut Wijaya (2013) penyakit hipertensi dibedakan berdasarkan etiologinya yaitu :

a. Hipertensi esensial

Hipertensi esensial merupakan 90% dari kasus penderita hipertensi. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi esensial terdiri dari faktor genetic, stres dan psikologi, faktor lingkungan, aktivitas fisik dan diet (peningkatan dalam penggunaan garam dan berkurangnya asupan kalium).

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder merupakan keadaan seseorang yang mengalami peningkatan tekanan darah akibat dari menderita penyakit lain. Beberapa penyakit yang menyebabkan hipertensi yaitu gagal ginjal, gagal jantung dan kerusakan sistem hormon tubuh. Faktor pencetus lain dari hipertensi sekunder yaitu : penggunaan kontrasepsi, kehamilan, peningkatan volume intravaskuler, luka bakar dan stres.

Tabel 1

Klasifikasi Tekanan Darah

Kategori Tekanan Darah	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<130	85
Normal-tinggi	130-139	85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	>160	>100

Sumber : *International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines* (2020).

3. Tanda dan Gejala

Menurut Badjo (2020) tanda dan gejala yang dapat muncul pada pasien dengan hipertensi antara lain :

- a. Nyeri tengkuk atau sakit pada bagian belakang kepala
- b. Mimisan
- c. Mual
- d. Muntah
- e. Sesak nafas
- f. Nyeri dada
- g. Gangguan pada penglihatan
- h. Telinga berdenging
- i. Merasa Pusing
- j. Gangguan irama jantung

4. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Agestin (2020) pemeriksaan penunjang pada pasien dengan hipertensi antara lain :

- a. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan pada penderita hipertensi meliputi pemeriksaan *hemoglobin* dan *hematocrit* untuk melihat *vaskositas* serta indikator faktor risiko seperti *hiperkoagulabilitas* dan anemia

- b. *Elektrokardiografi*

Pemeriksaan *elektrokardiografi* digunakan untuk mengetahui dan mendeteksi risiko komplikasi kardiovaskuler pada penderita hipertensi seperti *infark miokard akut* atau gagal jantung

c. *Rontgen Thoraks*

Rontgen thoraks digunakan untuk melihat adanya kelainan pada ginjal, misalnya batu ginjal atau kista ginjal. USG ginjal juga digunakan untuk mengetahui aliran darah ke ginjal melalui pembuluh darah dan arteri ginjal

d. USG Ginjal

USG ginjal digunakan untuk melihat adanya kelainan pada ginjal, misalnya batu ginjal atau kista ginjal. USG ginjal digunakan untuk mengetahui aliran darah ke ginjal melalui pembuluh darah dan arteri ginjal

e. *CT scan* kepala

CT scan kepala dapat digunakan untuk mengetahui kondisi pembuluh darah ke otak karena pada penderita hipertensi terdapat kemungkinan terjadi penyumbatan pembuluh darah sehingga otak tidak bisa menerima pasokan darah dan udara. Apabila pembuluh darah pecah atau tidak mampu memberikan suplai darah dan oksigen ke otak dapat terjadi stroke. Penyakit stroke ini bisa menyebabkan kelumpuhan atau tidak berfungsinya anggota tubuh dengan baik sehingga *CT scan* perlu dilakukan pada penderita hipertensi

5. Penatalaksanaan

Tujuan dari pengobatan hipertensi yaitu mengendalikan tekanan darah untuk mencegah terjadinya komplikasi. Adapun penatalaksanaan pada hipertensi yaitu :

a. Terapi Farmakologi

Terdapat beberapa cara yang dilakukan untuk mengatasi tekanan darah tinggi yaitu dengan terapi farmakologi yang biasanya diberikan dengan obat-

obatan antihipertensi antara lain : amlodipine, captopril, ramipril dan benazepril. Tujuan pemberian obat antihipertensi yaitu untuk mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas akibat tekanan darah tinggi seperti stroke, infark miokard, dan gagal jantung dan memberatnya hipertensi.

b. Terapi Non-Farmakologi

Terapi non farmakologi yang dapat diberikan pada penderita hipertensi yaitu terapi herbal dengan buah melon, buah semangka, daun seledri, dan buah mentimun serta perubahan gaya hidup, kepatuhan dalam pengobatan, mengurangi konsumsi makanan yang mengandung garam, lemak dan kolesterol, pengendalian stres dan terapi relaksasi (Ananto, 2017).

1) Pengaturan diet

Diet pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan mengkonsumsi makanan rendah garam, makanan rendah lemak dan makan dengan cukup buah dan sayur untuk dapat mengendalikan tekanan darah dan secara tidak langsung menurunkan risiko terjadinya komplikasi hipertensi.

2) Manajemen stres

Stres atau ketegangan jiwa seperti rasa tertekan, marah, murung, dendam, takut, bersalah merupakan faktor terjadinya komplikasi hipertensi. Oleh karena itu dengan mengurangi stres seseorang dapat mengontrol tekanan darahnya.

3) Kontrol kesehatan

Kontrol kesehatan penting bagi penderita hipertensi untuk selalu memonitor tekanan darah. Kebanyakan penderita hipertensi tidak sadar dan mereka baru menyadari saat pemeriksaan tekanan darah. Penderita hipertensi

dianjurkan untuk rutin memeriksakan diri sebelum timbul komplikasi lebih lanjut.

4) Olahraga teratur

Olahraga secara teratur dapat menyerap atau menghilangkan endapan kolesterol pada pembuluh darah nadi. Olahraga yang dimaksud adalah latihan menggerakkan semua nadi dan otot tubuh seperti gerak jalan, berenang, naik sepeda, dan aerobic. Selain itu, berbagai cara relaksasi yang dapat diberikan yaitu meditasi dan yoga merupakan suatu tindakan alternatif untuk penderita hipertensi tanpa obat.

5) Terapi relaksasi

Terapi relaksasi diperlukan pada penderita hipertensi agar membuat pembuluh darah menjadi relaks sehingga akan terjadi vasodilatasi yang menyebabkan tekanan darah kembali turun dan normal. Untuk membuat tubuh menjadi relaks dapat dilakukan dengan beberapa cara seperti terapi musik klasik, yoga, teknik nafas dalam dan terapi *effleurage massage*. Secara umum jaringan tubuh yang banyak terpengaruh oleh massage adalah otot, jaringan ikat, pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf (Widhiyanti, 2022).

6. Patofisiologi

Mekanisme yang mengatur atau mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor. Pada medula otak, dari pusat vasomotor inilah bermula saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna, medula spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis.

Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meski tidak diketahui dengan jelas mengapa bisa terjadi hal tersebut. Pada saat yang bersamaan, sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang. Hal ini mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi, medula adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi.

Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya untuk memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal dan memicu pelepasan renin. Pelepasan renin inilah yang merangsang pembentukan angiotensin I yang akan diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat yang nantinya akan merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon aldosterone ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume intra vaskular. Semua faktor ini dapat mencetus terjadinya hipertensi. Pada keadaan gerontologis dengan perubahan struktural dan fungsional sistem pembuluh perifer bertanggung jawab terhadap perubahan tekanan darah usia lanjut. Perubahan itu antara lain aterosklerosis hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah. Akibatnya akan mengurangi kemampuan aorta dan arteri besar dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume secukupnya) dan curah

jantung pun ikut menurun, sedangkan tahanan perifer meningkat (Ibrahim, 2011).

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Nyeri Akut

1. Pengertian

Nyeri akut (D.0077) merupakan 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Data Mayor dan Minor

Berdasarkan PPNI & Tim Pokja SDKI DPP (2018) pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor dan minor yaitu :

a. Data mayor

1) Subjektif

a) Mengeluh nyeri

2) Objektif

a) Tampak meringis

b) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

b. Data minor

1) Subjektif (tidak tersedia)

2) Objektif

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola nafas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

3. Faktor Penyebab

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. Bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis. Amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

4. Pengukuran Skala Nyeri

Untuk menilai skala nyeri terdapat beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang. Dibawah ini terdapat cara untuk mengukur skala nyeri yaitu :

a. *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

VDS merupakan garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang telah disusun dengan jarak yang sama sepanjang garis. Ukuran skala ini diurutkan dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tidak tertahan”. Perawat menunjukkan kepada klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih skala nyeri terbaru yang dirasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa

jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS memungkinkan klien untuk memilih dan mendeskripsikan skala nyeri yang dirasakan.

b. *Visual Analogue Scale (VAS)*

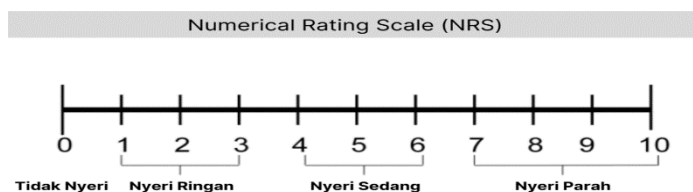
VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukuran keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata.



Gambar 1. Visual Analogue Scale

Skala nyeri pada skala 0 berarti tidak terjadi nyeri, skala nyeri pada skala 1-3 seperti gatal, tersentru,, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules. Skala nyeri 4-6 digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar ditusuk-tusuk. Skala 7-9 merupakan skala sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien, sedangkan skala 10 merupakan skala nyeri yang sangat berat dan tidak dapat dikontrol. Ujung kiri pada skala VAS menunjukkan “tidak ada rasa nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang paling berat” (Mubarak, 2015).

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*



Gambar 2 *Numeric Rating Scale*

Skala nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS) dapat dikategorikan sebagai berikut :

- 1) 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri
- 2) 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan
- 3) 4-6 : rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang
- 4) 7-10 : rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat

d. *Wong-baker Faces Pain Rating Scale*



Gambar 3 *Wong-baker Faces Pain Rating Scale*

Skala ini terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum untuk menandai tidak adanya rasa nyeri yang dirasakan, kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan yang berarti skala nyeri yang dirasakan sangat berat.

Skala nyeri ini banyak digunakan untuk pasien pediatrik dengan kesulitan atau keterbatasan verbal. Dijelaskan bahwa kepada pasien mengenai perubahan mimi wajah sesuai rasa nyeri dan pasien memilih sesuai rasa nyeri yang dirasakannya.

5. Penatalaksanaan Nyeri Akut dengan Terapi Relaksasi *Effleurage Massage*

Effleurage massage merupakan suatu terapi yang dapat digunakan sebagai salah satu cara alternatif untuk meredakan nyeri pada penderita hipertensi. *Effleurage massage* adalah gerakan pijat yang paling dasar dan sering digunakan sebagai gerakan yang menghubungkan oleh terapis dalam mempertahankan kontak pada pasien dengan memberikan gerakan yang lembut dari satu gerakan atau ke area tubuh selanjutnya. *Massage* merupakan teknik manipulasi jaringan lunak melalui tekanan dan gerakan. Teknik ini dapat dilakukan pada seluruh tubuh maupun pada bagian tertentu yaitu : punggung, kaki dan tangan (Fitriani, 2019).

Penelitian Nuril (2019) dengan judul penelitian “Pengaruh *Massage* Teknik *Effleurage* Terhadap Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kemuningsari Kidul Kabupaten Jember Tahun 2019” membuktikan bahwa ada pengaruh *effleurage massage* terhadap penurunan tekanan darah dengan waktu ± 20 menit selama 3 hari dalam satu minggu. Tujuan manipulasi *effleurage* adalah memperlancar peredaran darah, cairan getah bening dan membantu mengalirkan darah di pembuluh balik (darah vena) agar cepat kembali ke jantung dengan tekanan yang lembut akan memberikan efek rileks (Alvaredo, 2021).

a. Alat-alat yang dibutuhkan untuk pemberian terapi massage :

- 1) Lotion/minyak zaitun
- 2) Tissue
- 3) Perlak

b. Standar prosedur operasional pemberian terapi massage pada pasien hipertensi yaitu :

- 1) Persiapkan alat-alat yang diperlukan
- 2) Cuci tangan
- 3) Beri salam, tanyakan nama klien dan panggil dengan namanya serta perkenalkan diri (untuk disetiap pertemuan)
- 4) Menanyakan keluhan/kondisi klien
- 5) Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan dan hal yang perlu dilakukan oleh klien selama terapi massage dilakukan
- 6) Berikan kesempatan kepada klien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi massage dilakukan
- 7) Lakukan pengkajian untuk mendapatkan data keluhan klien yang diperlukan
- 8) Jaga privasi klien dengan menutup tirai/di tempat yang tertutup
- 9) Periksa keadaan kulit dan tekanan darah sebelum dilakukan *effleurage massage*
- 10) Posisikan pasien dengan posisi pronasi
- 11) Tuangkan lotion/minyak zaitun ke telapak tangan, kemudian gosok telapak tangan hingga hangat dan merata pada permukaan tangan
- 12) Letakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang pasien. Mulai *massage* gerakan *effleurage* yaitu *massage* dengan gerakan sirkuler dan lembut secara perlahan
- 13) Pertama, gosok dengan menggunakan ujung-ujung ketiga jari tengah kanan dan kiri. Mulai dari sudut antara os illium dan vertebra lumbalis.

Gosokan dilakukan dikiri dan kanan columna vertebralis menuju keatas. Sampai diruas dada ke-1 (*vertebra thoracalis*) kedua tangan belok kesamping kiri dan kanan, ujung jari menggosok keras pada lekukan diatas balung tulang belikat (*fossa supraspinata*) sehingga didekat ujung bahu (*aeromium*). Kemudia gosok menggunakan seluruh permukaan telapak tangan menuju kebawah lewat samping ketiak. Seterusnya gosokan menuju kesamping bawah dan diakhiri dengan satu angkatan lunak pada perut dan kemudia kembali keposisi semula.



Gambar 4. Teknik Memijat Menggunakan Ujung Jari

- 14) Kedua, gosokan menggunakan punggung ruas jari tangan kanan dan kiri. Mulai sama seperti gerakan effleurage pertama bergerak keatas lewat kiri dan kanan columna vertebralis, kemudian kembali kebawah dengan jari-jari mengembang dan membuat gosokan yang cukup keras kebawah menuju keposisi semula.



Gambar 5. Teknik Memijat Menggunakan Ruas Jari

- 15) Ketiga, gosokan dilakukan dengan satu tangan, tangan yang lain membantu memperkuat tekanan dan memperlancar gerakan. Arah

gerakan terbentuk empat persegi panjang yang meliputi daerah pinggang dan punggung.



Gambar 6. Teknik Memijat Menggunakan Satu Tangan

- 16) Kembali ke pergelangan kaki dan lakukan gerakan mengusap panjang keatas menuju paha seperti gerakan berenang. Untuk mengakhiri pemijatan pada kaki bagian belakang urut turun kembali kepergelangan kaki. Lakukan hal yang sama pada kaki kiri.



Gambar 7. Teknik Memijat Pada Bagian Kaki

- 17) Pada kaki bagian depan, letakkan tangan sedikit diatas pergelangan kaki dengan jari-jari menuju keatas, dengan satu gerakan tidak putus gosok tangan keatas pangkal paha seperti gerakan berenang dan kembali turun di sisi kaki mengikuti lekuk kaki.



Gambar 8. Teknik Memijat Pada Bagian Kaki Depan

- 18) Untuk mengakhiri massage letakkan tangan kiri pemijat diatas punggung kaki klien dan tangan kanan diatas telapak kaki klien. Tarik tangan kiri pemijat mundur hingga ke jari-jari kaki dan dorong tangan kanan ke arah atas kaki dengan usapan yang tak terputus.



Gambar 9. Teknik Memijat Pada Punggung Kaki

- 19) Bersihkan sisa minyak pada punggung dan kaki klien dengan tissue
- 20) Beritahu bahwa tindakan telah selesai dilakukan, rapikan klien kembali ke posisi yang nyaman
- 21) Biar agar klien istirahat selama 5 menit
- 22) Evaluasi perasaan klien
- 23) Berikan klien air putih agar klien merasa lebih rileks
- 24) Rapikan alat-alat dan cuci tangan
- 25) Mengukur tekanan darah klien sebelum melakukan *massage* teknik *effleurage* dan catat dalam lembar observasi
- 26) Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien setelah tindakan dilakukan
- 27) Lakukan kontrak untuk terapi selanjutnya bila diperlukan
- 28) Akhiri kegiatan dengan cara yang baik
- 29) Cuci tangan

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Hipertensi

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data dan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah kesehatan serta kebutuhan klien (Adinda, 2019). Sumber data dalam pengkajian keperawatan terdiri atas data primer (data yang dikumpulkan secara langsung dari klien dan keluarga, yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan yang dihadapi) serta data sekunder (data yang dikumpulkan dari orang terdekat dari klien yaitu keluarga, seperti orang tua atau pihak lain yang mengerti kondisi klien selama sakit) (Khofifah & Wahyu, 2016).

Menurut Khofifah & Wahyu (2016) komponen pengkajian terdiri atas :

a. Data identitas pasien

Data yang perlu dikumpulkan berupa identitas meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnose medis.

b. Keluhan utama

Data yang perlu dikaji pada komponen pengkajian ini, yaitu keluhan utama yang timbul pada pasien dengan hipertensi

c. Riwayat kesehatan dahulu

Data yang perlu dikaji adalah data yang menyatakan adanya faktor prediposisi timbulnya penyakit ini, diantaranya adalah riwayat alergi dan riwayat penyakit terdahulu

d. Riwayat kesehatan keluarga

Data yang perlu dikaji adalah data riwayat penyakit turunan, apakah terdapat anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan pasien atau tidak

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan tubuh pasien secara keseluruhan atau hanya beberapa bagian saja yang dilakukan untuk menegakkan diagnosis yang berupa kepastian tentang penyakit apa yang diderita pasien. Pemeriksaan fisik menggunakan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnose keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnose medis (Dinarti, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi 2 jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakkan diagnosis ini mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis negatif terdiri dari diagnosa aktual dan

diagnosa risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan data diuraikan menjadi 3 yaitu diagnosis aktual, diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosis aktual menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami kesehatan. Tanda serta gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Diagnosis risiko menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Diagnosis promosi kesehatan menggambarkan adanya motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik dan optimal.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala *treatment* yang dikerjakan perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Adapun intervensi keperawatan pada klien dengan nyeri akut dapat dilihat pada tabel 2 sebagai berikut.

Tabel 2

Rencana Asuhan Keperawatan Nyeri Akut

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Nyeri Akut (D. 0077)</p> <p>Definisi : 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.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> Agen pencedera fisiologis (misal. Inflamasi, iskemia, neoplasma) Agen pencedera kimiawi (misal. Terbakar, bahan kimia iritan) Agen pencedera fisik (misal. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma latihan fisik berlebih) <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh nyeri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak meringis Bersikap protektif 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x kunjungan, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Sikap protektif menurun Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Teknik <i>effleurage massage</i>) 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 <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri

-
- (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
 - c. Gelisah
 - d. Frekuensi nadi meningkat
 - e. Sulit tidur

- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian analgetik

Gejala dan Tanda

Minor :

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola napas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berpikir terganggu
- e. Menarik diri, berfokus pada diri sendiri
- f. Diaphoresis

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan 2018

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

- a. Evaluasi formatif merupakan catatan perkembangan pasien yang dilakukan setiap hari
- b. Evaluasi somatif merupakan catatan perkembangan pasien yang dilakukan sesuai dengan target waktu tujuan atau rencana keperawatan (Adinda, 2019).