

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Hipertensi

1. Pengertian

Hipertensi atau yang biasa dikenal sebagai tekanan darah tinggi adalah kondisi yang mengacu kepada kondisi tekanan darah sistolik dan/atau tekanan darah diastolik menunjukkan angka $\geq 140\text{mmHg}$ dan $\geq 90\text{mmHg}$ (WHO, 2021). Tekanan darah merupakan kekuatan yang diberikan oleh darah yang bersirkulasi di pembuluh darah utama tubuh, yaitu dinding arteri. Tekanan darah diwakili oleh dua angka, di mana angka pertama (tekanan darah sistolik) yang mewakili tekanan di pembuluh darah saat jantung berkontraksi, dan yang kedua (tekanan darah diastolik) yang mewakili tekanan di pembuluh darah antar detak jantung (WHO, 2018).

Hipertensi disebabkan oleh beberapa faktor seperti mengonsumsi asupan garam yang tinggi, stres psikologis, faktor genetik (keturunan), kurang olahraga, kebiasaan hidup yang tidak baik seperti merokok dan alkohol, penyempitan pembuluh darah oleh lemak, peningkatan usia serta kegemukan. Faktor risiko hipertensi yang tidak dapat diubah atau dikontrol yaitu umur, jenis kelamin serta faktor genetik sedangkan faktor risiko hipertensi yang dapat diubah yaitu kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak berlebih, kurang aktivitas fisik, stres dan kebiasaan konsumsi minum-minuman beralkohol (Ananto, 2017).

2. Patofisiologi

Hipertensi adalah proses degeneratif sistem sirkulasi yang dimulai dengan atherosklerosis, yakni gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang berlanjut dengan kekakuan pembuluh darah / arteri. Kekakuan pembuluh darah disertai dengan penyempitan dan kemungkinan pembesaran plak yang menghambat gangguan peredaran darah perifer. Kekakuan dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang akhirnya dikompensasi dengan peningkatan upaya pemompaan jantung yang berdampak pada peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi. Dengan demikian, proses patologis hipertensi ditandai dengan peningkatan perifer yang berkelanjutan sehingga secara kronik dikompensasi oleh jantung dalam bentuk hipertensi (Irwan, 2016).

3. Tanda dan Gejala

Menurut Aspiani (2014) menyebutkan gejala umum yang ditimbulkan akibat hipertensi atau tekanan darah tinggi tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa tanda gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut:

- a. Sakit kepala
- b. Rasa nyeri dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Pusing
- d. Gangguan irama jantung
- b. Nyeri dada
- c. Gangguan penglihatan
- d. Sesak napas

e. Telinga berdenging

Menurut teori Brunner & Suddarth (2014), klien hipertensi yang mengalami nyeri kepala sampai tengkuk karena terjadi penyempitan pembuluh darah akibat dari vasokonstriksi pembuluh darah akan menyebabkan peningkatan tekanan vaskuler cerebral, keadaan tersebut akan menyebabkan nyeri kepala sampai tengkuk pada klien hipertensi.

4. Klasifikasi

Klasifikasi penderita hipertensi stadium I apabila tekanan sistoliknya 140- 159 mmHg dan tekanan diastoliknya 90-99 mmHg. Diklasifikasikan menderita hipertensi stadium II apabila tekanan sistoliknya lebih 160 mmHg dan diastoliknya lebih dari 100 mmHg, sedangkan hipertensi stadium III apabila tekanan sistoliknya lebih dari 180 mmHg dan tekanan diastoliknya lebih dari 116 mmHg(Sidabutar dkk, 2020).

5. 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 hematokrit 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 menilai adanya kalsifikasi obstruktif katup jantung, deposit kalsium pada aorta, dan pembesaran jantung.

d. *USG ginjal*

USG ginjal 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

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.

6. Penatalaksanaan

Menurut Ananto (2017), penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada penderita hipertensi adalah dengan terapi farmakologis dan terapi nonfarmakologis

a. *Terapi farmakologi*

Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi tekanan darah tinggi yaitu dengan terapi farmakologi yang biasanya diberikan dengan obat-obatan antihipertensi (captopril, amlodipine, benazepril). Tujuan pemberian obat antihipertensi yaitu untuk mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas akibat

tekanan darah tinggi seperti stroke, iskemia jantung, gagal jantung kongestif, dan memberatnya hipertensi.

b. Terapi Non-Farmakologi

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

1) Pengaturan diet

Diet pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan mengonsumsi makanan rendah garam dan rendah lemak untuk dapat mengendalikan tekanan darah dan secara tidak langsung menurunkan resiko terjadinya komplikasi hipertensi.

2) Manajemen stress

Stres atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, rasa marah, murung, dendam, rasa takut, rasa bersalah) merupakan faktor terjadinya komplikasi hipertensi. Peran keluarga terhadap penderita hipertensi diharapkan mampu mengendalikan stres, menyediakan waktu untuk relaksasi, dan istirahat.

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

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, aerobik. Oleh karena itu olahraga secara teratur dapat menghindari terjadinya komplikasi hipertensi.

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 *back massage*, musik klasik, yoga, teknik nafas dalam, dan terapi lainnya. Secara umum jaringan tubuh yang banyak terpengaruh oleh massage adalah otot, jaringan ikat, pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf.

7. Komplikasi

Menurut Nuraini (2015) hipertensi merupakan komplikasi yang terdiri dari stroke, infark miokard, gagal ginjal, ensefalopati (kerusakan otak) dan *pregnancyincluded hypertension* (PIH):

a. Stroke

Stroke adalah gangguan fungsional otak fokal maupun global akut, lebih dari 24 jam yang berasal dari gangguan aliran darah otak dan bukan disebabkan oleh gangguan peredaran darah. Stroke dapat timbul akibat pendarahan tekanan tinggi di otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh otak yang terpajan tekanan tinggi.

b. Infark Miokardium

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerotik tidak dapat mensuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menyumbat aliran darah melalui pembuluh tersebut. Akibat hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi distritmia, hipoksia jantung dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal merupakan suatu keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresif dan irreversible dari berbagai penyebab, salah satunya pada bagian yang menuju ke kardiovaskular. Mekanisme terjadinya hipertensi pada gagal ginjal kronik oleh karena penimbunan garam dan air pada sistem *renin angiotensin aldosteron* (RAAS). Hipertensi berisiko 4 kali lebih besar terhadap kejadian gagal ginjal bila dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami hipertensi

d. Ensefalopati (Kerusakan Otak)

Ensefalopati (Kerusakan otak) dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong ke dalam ruang intersitium diseluruh susunan saraf pusat. Neuron–neuron disekitarnya kolaps yang dapat menyebabkan ketulian, kebutaan dan tak jarang juga koma serta kematian mendadak.

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Hipertensi

1. Pengertian

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015). Nyeri akut adalah 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 (PPNI, 2016). Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala respirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Mubarak *et al.*, 2015).

2. Data Mayor dan Minor

Pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut (PPNI, 2016). :

a. Tanda dan gejala mayor :

- 1) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri.
- 2) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

b. Tanda dan gejala minor :

- 1) Secara subjektif tidak ada gejala minor dari nyeri akut.
- 2) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

3. Faktor Penyebab

Faktor penyebab hipertensi adalah sebagai berikut (PPNI, 2016). :

- a. Agen pencedera fisiologis (misal, inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b. Agen pencedera kimiawi (misal, bahan kimia iritan).
- c. Agen pencedera fisik (misal, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

4. Penatalaksanaan Nyeri Akut dengan Pemberian Rebusan Air Daun Seledri

a. Pengertian

Seledri merupakan salah satu tanaman yang mudah ditemukan di Indonesia karena iklimnya yang cocok untuk pertumbuhan seledri. Seledri akan berkembang dengan baik di tempat yang kelembapannya tinggi namun bersuhu rendah (. Berdasarkan taksonomi seledri termasuk dalam divisi *Spermatophyta*, subdivisi *Angiospermae*, kelas *Dicotyledone*, bangsa *Apiales*, suku *Apiaceae*, *Apium* dan jenis *A. graveolens* L. Berdasarkan bentuknya seledri terbagi menjadi 3 macam, yaitu seledri potong, seledri umbi dan seledri daun. Seledri daun merupakan tanaman yang paling banyak ditemukan di Indonesia. Tinggi seledri dapat mencapai 60-90 cm. Batangnya bergerigi dan bercabang. Daun seledri berbentuk bulat telur dengan pinggir bergerigi dan terdiri atas tiga lobus. Daun seledri

berwarna hijau tua licin. Seledri lebih banyak digunakan oleh masyarakat Indonesia sebagai sayuran, campuran dalam makanan dan juga penyedap rasa (Adawiyah, R., & Afa, 2018).

b. Manfaat

Menurut Dewi, E., Walanda, D., & Sabang (2016) Secara farmakologis hampir semua bagian dari seledri bermanfaat sebagai obat. Akar seledri berkhasiat sebagai diuretik dan skomakik. Biji dan buahnya berkhasiat sebagai antispasmodik, menurunkan kadar asam urat darah, antirematik. Seledri juga berkhasiat sebagai penenang (sedatif), peluruh kentut (karminatif), pereda nyeri (antiinflamasi), antioksidan, antibakteri, anti kanker dan juga antihipertensi. Zat kimia yang terkandung dalam seledri diantaranya flavonoid, saponin, tanin, apiin, minyak atsiri, apigenin, kolin, vitamin A, B, C, zat pahit asparagin. Senyawa flavonoid merupakan metabolit sekunder terbesar yang dimiliki pada tanaman seledri. Flavonoid merupakan salah satu golongan fenol yang terbesar. Senyawa flavonoid memiliki aktifitas antioksidan, antiinflamasi, antihepatotoksik, antitumor, antimikrobal, antiviral dan pengaruh terhadap sistem saraf pusat. Pengalaman nyeri merupakan proses kompleks yang melibatkan aktivasi beberapa jalur pensinyalan saraf di dalam sistem saraf perifer dan sistem saraf pusat. Kontrol nyeri terjadi dari pusat yang lebih tinggi yaitu sistem saraf pusat. Apigenin yang merupakan flavonoid alami memiliki pengaruh terhadap kontraktilitas otot polos pembuluh darah (Vasodilator) (H. D., Kim, H. D., & La, 2014). mekanisme kontraksi terjadi apabila terdapat peningkatan Ca pada sel, menyebabkan Ca sitosol meningkat dan memicu kontraksi pembuluh darah sehingga meningkatkan tekanan darah. Jika terjadi pada sel otot jantung maka

akan memperkuat kontraksi otot jantung sehingga jantung memompa lebih keras dan terjadi peningkatan tekanan darah (Anggraini, P., Rusdi, R., & Ibrahim, 2016). Apigenin dalam daun seledri akan memblokir Ca sehingga tidak dapat menyatu dengan sel otot polos pada pembuluh darah dan jantung sehingga tidak terjadi kontraksi. Apigenin dalam daun seledri yang berfungsi sebagai beta blocker yang dapat memperlambat detak jantung dan menurunkan kekuatan kontraksi jantung sehingga aliran darah yang terpompa lebih sedikit dan tekanan darah menjadi berkurang. Pembuluh darah akan melebar sehingga darah mengalir dengan lancar dan tekanan darah menurun maka juga akan menyebabkan rasa nyeri pada kepala akan menurun (Oktadoni, S., & Fitria, 2016).

c. Media dan bahan yang dibutuhkan untuk pemberian rebusan air daun seledri

- 1) 5 batang seledri uk.sedang
- 2) Air putih 200 ml/1 gelas
- 3) panci
- 4) Kompor
- 5) Sphygmomanometer
- 6) Stetoskop
- 7) Lembar observasi tekanan darah
- 8) Lembar skala pengukuran nyeri NRS (*Numerical Rating Scale*)

d. Standar prosedur operasional pemberian rebusan air daun seledri

- 1) Tahap Pre-interaksi
 - a) Tanyakan riwayat penyakit yang diderita pasien
 - b) Mencuci tangan
 - c) Menyiapkan alat

2) Fase Orientasi

- a) Memberikan salam dan memperkenalkan diri
- b) Menjelaskan tujuan, mekanisme, dan prosedur yang akan dilakukan sebelum dan sesudah diberikan terapi rebusan air daun seledri
- c) Menyampaikan kontrak waktu
- d) Menanyakan tujuan dan kesiapan
- e) Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya

3) Fase Kerja

- a) Mengecek tekanan darah pasien
- b) Mengukur skala nyeri dengan menggunakan lembar NRS (*Numerical Rating Scale*)
- c) Menyiapkan rebusan air daun seledri dengan cara mencuci bersih daun seledri terlebih dahulu, kemudian siapkan air 200 ml/1 gelas lalu rebus daun seledri pada panci selama 10 menit.
- d) Memberikan air rebusan daun seledri kepada klien untuk diminum (konsumsi rebusan air daun seledri di pagi hari satu kali sehari selama tiga hari berturut-turut).
- e) Membersihkan alat yang telah digunakan
- f) Lakukan pengukuran skala nyeri pasien setelah pemberian rebusan air daun seledri pertama dan seterusnya dengan menggunakan lembar NRS (*Numerical Rating Scale*)

4) Fase Terminasi

- a) Beritahu pasien bahwa tindakan sudah selesai
- b) Evaluasi perasaan pasien, simpulkan hasil kegiatan, berikan umpan balik

- c) Rapikan dan bersihkan alat-alat yang telah digunakan
 - d) Kontrak topik/waktu dan tempat pertemuan berikutnya
 - e) Salam penutup
- 5) Dokumentasi
- a) Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan dan analisa hasil pemeriksaan

C. Konsep 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 (keluarga), seperti orang tua, atau pihak lain yang mengerti kondisi klien selama sakit) (Kholifah dkk, 2016).

Pengkajian melibatkan beberapa langkah-langkah di antaranya yaitu pengkajian skrining. Dalam pengkajian skrining hal yang pertama dilakukan adalah pengumpulan data. Pengumpulan data merupakan pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu wawancara (anamnesa), pengamatan (observasi), dan pemeriksaan fisik (physical assessment).

Menurut Wijaya (2014) data yang perlu dikaji pada pasien hipertensi yaitu :

- a. Data biografi, meliputi nama, jenis kelamin, alamat, umur, pekerjaan, status, agama, riwayat pendidikan, pekerjaan, diagnose medis.
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan utama : pada pasien hipertensi ditemukan keluhan utama adanya pusing yang hebat, bangun tidur dengan sakit kepala di daerah oksipital serta penglihatan kabur.
 - 2) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang ditemukan pada saat pengkajian yang sedang dijabarkan dari keluhan utama dengan menggunakan PQRST, yaitu:

- a) P = *Paliative/provokatif*; hal-hal yang menyebabkan bertambah/berkurangnya keluhan utama. Pada kasus hipertensi, ditemukan adanya rasa pusing. Keluhandirasakan semakin berat bila melakukan aktivitas yang berat.
- b) Q = *Quality/Quantity*; tingkat keluhan utama.
- c) R = *Region*; yaitu lokasi keluhan utama. Pada kasus hipertensi ditemukan adanya pusing yang tak tertahankan di seluruh bagian kepala
- d) S = *Savety*; yaitu intensitas dari keluhan utama, apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak, seperti bergantung pada derajat beratnya.
- e) T = *Timing*; yaitu kapan mulai muncul dan berapa lama berlangsungnya.

- 3) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien hipertensi biasanya memiliki riwayat gaya hidup tidak sehat seperti merokok, tingkat stress yang tinggi, konsumsi garam yang tinggi, hidup kurang aktivitas fisik.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien hipertensi biasanya memiliki riwayat penyakit genetik/keturunan seperti hipertensi, penyakit jantung, stroke, diabetes mellitus dan lain-lain. Jelaskan silsilah riwayat kesehatan keluarga dalam bentuk genogram.

c. Pengkajian status fisiologis

1) Respirasi

a) Gejala : pasien hipertensi dapat mengalami dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, dan batuk dengan/tanpa pembentukan sputum akibat adanya riwayat merokok.

b) Tanda : penggunaan otot bantu pernapasan, bunyi nafas abnormal dan sianosis.

2) Sirkulasi

a) Gejala: riwayat hipertensi, aterosklerosis, kelemahan penyakit jantung koroner/katup, penyakit serebrovaskuler, episode palpitasi.

b) Tanda: Peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi meningkat distensi vena jugularis, kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer), pengisian kapiler kembali lambat.

3) Nutrisi dan cairan

Pasien hipertensi biasanya memiliki kebiasaan mengonsumsi makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol, tinggi kalori, tinggi kafein seperti kopi, serta konsumsi obat diuretik.

4) Aktivitas dan istirahat

Pasien hipertensi memiliki gangguan pada pola tidurnya akibat kebutuhan rasa nyaman yang tidak terpenuhi. Nyeri kepala yang sering dirasakan dapat mengganggu kualitas tidur pasien. Pasien lansia dengan hipertensi perlu dikaji

tingkat kemandirian dalam melakukan aktivitas dengan menggunakan instrument indeks katz. *Indekz Katz* merupakan instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan menggunakan 6 indikator seperti mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, kontinen, makan.

- 5) Neurosensori : lakukan pengecekan status mental serta ada tidaknya gangguan penglihatan
- 6) Reproduksi dan seksualitas : pada pasien lansia terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan hipertensi

d. Pengkajian status psikologis

Data masalah nyeri akut pada pasien hipertensi termasuk ke dalam kategori psikologis dan subkategori nyeri dan kenyamanan, perawat harus mengkaji data gejala dan tanda mayor dan minor SDKI (2016) meliputi :

- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Subjektif : mengeluh nyeri
 - b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- 2) Gejala dan tanda minor
 - a. Subjektif : -
 - b. Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

e. Pengkajian kognitif dan mental

1) *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

SPMSQ merupakan instrumen pengkajian sederhana yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual mental dari lansia. Yang terdiri dari 10 pertanyaan (tanggal berapa hari ini, hari apa sekarang, apa nama tempat ini) yang berkaitan dengan intelektual lansia diisi dengan cara memberikan jawaban yang diucapkan 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)*

Mini mental state exam (MMSE) adalah tes skrining yang digunakan untuk penilaian fungsi kognitif dan mendeteksi adanya gangguan kognitif pada seseorang/individu, mengevaluasi perjalanan suatu penyakit yang berhubungan dengan proses penurunan kognitif dan memonitor respon terhadap pengobatan.

3) *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Pengukuran tingkat depresi pada lansia menggunakan skala depresi geriatrik/*Geriatric 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 total, 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.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien meliputi :

1) Keadaan umum

Meliputi keadaan, status kesadaran, tinggi badan, berat badan dan tanda- tanda vital. Pada penderita hipertensi memiliki hasil pengukuran tekanan darah sistole >130 mmHg dan diastole > 90 mmHg, keluhan sakit kepala hingga menjalar ke punggung belakang serta sulit tidur.

2) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan kulit kepala, warna rambut kelembapan, kerontokan, apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan getah bening atau tidak padaleher, kondisi mata (konjungtiva pucat atau tidak), hidung, mulut, dan apakah ada kelainan pada pendengaran. Pada retinopati hipertensi mengeluh kepala pening, mata terasa nyeri, dan penglihatan buram.

3) Thorax

(a) Paru-paru

(1) Inspeksi : simetris kanan dan kiri

(2) Palpasi : vokal fremitus kanan dan kiri sama

(3) Perkusi : suara sonor

(4) Auskultasi : riwayat merokok ditandai dengan distress respirasi, bunyi napas tambahan (*wheezing* atau *ronchi*)

(b) Jantung

(1) Inspeksi : adakah pulsasi *ictus cordis*

(2) Palpasi : teraba *ictus cordis* pada ics lima *mid klavikula sinistra*

(3) Auskultasi : bunyi jantung satu dan dua terdengar tunggal

- 4) Abdomen : pada umumnya pasien hipertensi tidak mengalami keluhan.
- 5) Ekstremitas : Pada kaki dan tangan apakah terjadi edema, ada varises atau tidak, reflek patella positif atau negatif.
- 6) Genetalia : Pada umumnya pasien hipertensi tidak mengalami keluhan.

g. Pemeriksaan diagnostik

Lakukan pengukuran tekanan darah berulang dalam waktu 3 bulan ke dokter atau fasilitas kesehatan terdekat untuk memastikan hasil pengukuran tekanan darah diatas normal (hipertensi). Perawat harus mengkaji kembali hasil pemeriksaan diagnostik yang perlu diketahui dokter untuk membantu merencanakan terapi yang tepat.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. 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 diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti dan Mulyanti, 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, 2016).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis negatif terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal (PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan dapat diuraikan menjadi 3 yaitu diagnosis aktual, diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan (PPNI, 2016). Diagnosis aktual menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah 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. Perencanaan/Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Dinarti & Mulyanti, 2017). Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang di harapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran (Outcome) Keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018).

Adapun intervensi keperawatan pada klien dengan nyeri akut dapat dilihat pada tabel 1 sebagai berikut.

Tabel 1
Rencana Keperawatan Nyeri Akut pada Ny.S dan Ny.K Yang Menderita Hipertensi dengan Pemberian Rebusan Air Daun Seledri di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kuta Utara, Kab.Badung Tahun 2024

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Nyeri Akut (D.0077) 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 Penyebab : a. Agen pencedera fisiologis (misal :	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x kunjungan diharapkan Luaran Utama: Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis Menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan Tidur	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan

inflamasi, iskemia, neoplasma)	menurun	nyeri
b. Agen pencedera kimiawi (misal : terbakar, bahan kimia iritan)	f. Frekuensi nadi membaik	e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
c. Agen pencedera fisik (misal : abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	g. Tekanan darah membaik Luaran tambahan: kontrol nyeri (L.08063) meningkat dengan kriteria hasil	f. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
Gejala dan Tanda Mayor :	a. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat	g. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
Subjektif :	b. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat	Terapeutik
Objektif :	c. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat	a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi herbal rebusan air daun seledri 1 kali sehari setiap pagi)
a. Tampak meringis		b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
b. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)		c. Fasilitasi istirahat dan tidur
c. Gelisah		Edukasi
d. Frekuensi nadi meningkat		a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
e. Sulit tidur		b. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
Gejala dan Tanda Minor		c. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Subjektif :		Kolaborasi
(tidak tersedia)		a. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
Objektif :		
a. Tekanan darah meningkat		
b. Pola nafas berubah		
c. Nafsu makan berubah		
d. Proses berpikir terganggu		
e. Menarik diri, berfokus pada diri sendiri		
f. diaphoresis		

Sumber : PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan diartikan sebagai serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor - faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017). Implementasi keperawatan terdiri dari 3 jenis yaitu: *independent implementations* (implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan), *interdependen/collaborative implementations* (tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya) serta *dependent implementations* (tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, fisioterapi, psikologi dan lain sebagainya).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang digunakan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti & Mulyanti, 2017). Evaluasi keperawatan digunakan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Indikator evaluasi keperawatan adalah kriteria hasil yang telah ditulis pada tujuan ketika perawat menyusun perencanaan tindakan keperawatan (Kholifah dkk, 2016). Jenis- jenis evaluasi dalam asuhan keperawatan terdiri atas evaluasi formatif (aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan

keperawatan) dan evaluasi sumatif (rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan) (Adinda, 2019).