

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi merupakan salah satu faktor utama yang berkontribusi terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian di Indonesia. Kondisi ini ditandai dengan peningkatan tekanan darah, yaitu tekanan sistolik mencapai ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg. Selain meningkatkan risiko penyakit jantung, hipertensi juga dapat memicu gangguan pada sistem saraf, ginjal, serta pembuluh darah. Risiko komplikasi tersebut akan semakin meningkat seiring dengan tingginya tekanan darah yang dialami (Pannya, S., Luhung, 2025).

Hipertensi merupakan suatu gangguan pada sistem kardiovaskular yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah arteri secara kronis dan persisten. Seseorang dinyatakan mengalami hipertensi apabila tekanan darah menunjukkan nilai sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau diastolik ≥ 90 mmHg. Penegakan diagnosis dilakukan melalui pengukuran tekanan darah secara berulang dalam kondisi istirahat guna memastikan keakuratan hasil (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

2. Penyebab Hipertensi

Hipertensi dapat dibagi menjadi dua kategori utama berdasarkan penyebabnya, yaitu hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder (AHA, 2023 & Kemenkes, 2022).

a. Hipertensi Primer (Esensial)

Hipertensi primer tidak memiliki penyebab yang jelas dan berkembang secara perlahan selama bertahun-tahun. Faktor risiko meliputi:

1) Genetika

Riwayat keluarga dengan hipertensi meningkatkan risiko seseorang untuk menderita hipertensi esensial. Faktor genetik ini juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan lain, dan berhubungan dengan pengaturan metabolisme garam serta sistem renin-angiotensin.

2) Usia

Risiko hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia. Hipertensi pada orang dewasa mulai muncul pada usia 18 tahun ke atas, dan semakin bertambah usia seseorang, semakin terganggu pengaturan metabolisme kalsium dalam tubuh.

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder disebabkan oleh kondisi medis atau faktor eksternal lainnya dan berkembang secara mendadak, menyebabkan tekanan darah lebih tinggi daripada hipertensi primer. Penyebabnya meliputi :

1) Penyakit ginjal : Gangguan fungsi ginjal.

2) Penyakit tiroid : Seperti hipotiroidisme atau hipertiroidisme.

3) Obstruksi tidur apnea : Gangguan tidur yang menyebabkan terhentinya pernapasan sementara.

4) Penggunaan obat-obatan tertentu : Seperti pil KB, dekonjestan, obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), dan steroid.

5) Penyalahgunaan alkohol atau narkoba.

3. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi menurut (AHA) dijelaskan seperti tabel 1 berikut :

Tabel 1
Klasifikasi Hipertensi Menurut AHA/ACC 2025

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Elevated	120–129	<80
Hipertensi Stage 1	130–139	80–89
Hipertensi Stage 2	≥140	≥90
Krisis hipertensi	≥180	≥120

Sumber: AHA/ACC, 2017 (diperbarui dalam rekomendasi terkini hingga 2025).

4. Patofisiologi Hipertensi

Proses penuaan mengakibatkan perubahan struktural pada pembuluh darah yang ditandai dengan berkurangnya elastisitas arteri akibat peningkatan deposisi kolagen dan penurunan elastin. Kondisi ini menyebabkan terjadinya kekakuan arteri (arterial stiffness) yang berkontribusi pada peningkatan tekanan darah sistolik serta pelebaran tekanan nadi. Pada lansia, disfungsi endotel ditandai dengan menurunnya produksi nitric oxide sebagai zat vasodilator, disertai peningkatan stres oksidatif. Perubahan ini mengakibatkan peningkatan resistensi perifer yang berperan dalam terjadinya hipertensi (Ungvari 2021).

Pada lansia, terjadi perubahan regulasi tekanan darah yang meliputi peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis, aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), serta penurunan sensitivitas baroreseptor, sehingga mekanisme pengendalian tekanan darah menjadi kurang efektif. Selain itu, penurunan fungsi ginjal yang ditandai dengan berkurangnya laju filtrasi glomerulus dan terganggunya ekskresi natrium dapat menyebabkan retensi cairan serta peningkatan volume

intravascular. Kombinasi perubahan tersebut meningkatkan kerentanan lansia terhadap hipertensi, terutama hipertensi sistolik terisolasi yang merupakan tipe paling sering ditemukan pada usia lanjut (Carey 2022).

5. Tanda dan Gejala Hipertensi

Menurut *World Health Organization* (2021), tanda dan gejala hipertensi adalah:

- a. Umumnya tidak bergejala (*asimptomatik*)
- b. Sakit kepala
- c. Pusing
- d. Penglihatan kabur
- e. Nyeri dada
- f. Sesak napas
- g. Mimisan, terutama pada kondisi tekanan darah tinggi atau komplikasi

6. Pemeriksaan Penunjang Hipertensi

Pemeriksaan penunjang pada hipertensi menurut Unger (2020), yaitu sebagai berikut :

- a. Elektrokardiografi (EKG)

Digunakan untuk mendeteksi hipertrofi ventrikel kiri, aritmia, atau iskemia miokard.

- b. Ekokardiografi

Menilai struktur dan fungsi jantung, termasuk hipertrofi ventrikel kiri dan gangguan fungsi diastolik.

c. Pemeriksaan laboratorium darah

Meliputi gula darah, profil lipid (kolesterol total, LDL, HDL, trigliserida), kreatinin, ureum, dan elektrolit untuk menilai fungsi ginjal serta faktor risiko kardiovaskular.

d. Pemeriksaan urin

Untuk mendeteksi proteinuria atau albuminuria sebagai tanda kerusakan ginjal.

e. Foto thoraks (rontgen dada)

Digunakan untuk melihat pembesaran jantung atau kondisi paru.

f. Funduskopi

Pemeriksaan retina untuk mendeteksi retinopati hipertensi

7. Penatalaksanaan Hipertensi

Penanganan hipertensi memerlukan pendekatan yang melibatkan berbagai disiplin, termasuk perubahan pola hidup, penggunaan obat-obatan, dan pemantauan tekanan darah secara berkala. Penatalaksanaan hipertensi yaitu sebagai berikut :

a. Penatalaksanaan Farmakologis Menurut Ifadah (2024) adalah :

1) Diuretik Thiazide

Membantu ginjal dalam mengeluarkan lebih banyak natrium dan cairan, yang pada gilirannya mengurangi volume darah.

2) Penghambat ACE (Angiotensin-Converting Enzyme)

Menghentikan pembentukan angiotensin II, yang merupakan zat penyebab penyempitan pembuluh darah.

3) Penghambat Reseptor Angiotensin II (ARB)

Menghalangi efek angiotensin II dengan cara memblokir reseptornya.

4) Penghambat Beta

Menurunkan tekanan pada jantung dan melebarkan pembuluh darah, sehingga jantung berdetak lebih lambat dan dengan kekuatan yang lebih rendah.

5) Penghambat Kalsium

Melemaskan otot-otot dinding pembuluh darah dan memperlambat detak jantung.

6) Penghambat Renin

Mengurangi kemampuan ginjal dalam memproduksi renin, enzim yang memulai proses peningkatan tekanan darah.

b. Penatalaksanaan Non-Farmakologis menurut Astutik (2022) adalah :

1) Rebusan Daun Sirih

Tanaman daun sirih sering dimanfaatkan untuk mengobati berbagai penyakit, termasuk hipertensi. Tanaman ini mengandung senyawa seperti flavonoid, polifenolat, tanin, alkaloid, saponin, dan minyak atsiri, serta senyawa fitokimia lainnya seperti eugenol, karvakrol, dan cineole. Berkat kandungan senyawanya yang beragam, daun sirih memiliki banyak manfaat sebagai obat alami.

2) Rebusan Daun Alpukat

Daun alpukat dipercaya secara tradisional dapat menurunkan tekanan darah tinggi, berkat kandungan saponin, tanin, flavonoid, dan lainnya. Flavonoid dalam daun alpukat membantu melancarkan peredaran darah dan mencegah penyumbatan pembuluh darah.

3) Jus Mentimun

Mentimun adalah sayuran buah yang umum di Indonesia, mengandung 15 kalori, 0,8 g protein, 3 g karbohidrat, serta vitamin dan mineral seperti fosfor, besi,

vitamin A, B1, dan B2. Untuk menjaga kandungannya, mentimun sebaiknya dikonsumsi langsung atau diolah menjadi jus.

4) Jus Tomat

Tomat adalah sayuran yang kaya kalium, yang dapat memengaruhi sistem renin-angiotensin dengan menghambat pengeluarannya. Hal ini menyebabkan pembuluh darah melebar (vasodilatasi) dan menurunkan tekanan darah. Kalium juga mengurangi potensial membran pada dinding pembuluh darah, yang menyebabkan relaksasi dan penurunan tekanan darah.

5) Jus Pisang

Pisang adalah buah yang mudah ditemukan di Indonesia dan memiliki berbagai jenis yang bisa diolah menjadi beragam makanan. Pisang mengandung mineral dan vitamin yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah. Agar nutrisinya tetap terjaga, sebaiknya pisang dikonsumsi langsung atau diolah menjadi jus, terutama bagi penderita hipertensi.

6) Terapi Musik

Terapi musik dapat menjadi alternatif nonfarmakologi untuk mengatasi hipertensi. Musik yang menenangkan, seperti suara alam atau musik klasik, dapat membantu menciptakan suasana damai tanpa memaksa otak untuk bekerja keras. Mendengarkan musik dapat mengurangi stres dan depresi, serta merangsang hipotalamus untuk menghasilkan perasaan tenang, yang berdampak pada regulasi tekanan darah melalui pengaturan hormon seperti kortisol dan katekolamin.

7) Terapi Relaksasi Otot Progresif

Terapi relaksasi otot progresif melibatkan penegangan dan pelonggaran otot untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi. Pada lansia, terapi ini harus

dilakukan dengan pengawasan keluarga dan konsultasi tenaga medis untuk mencegah cedera.

8) Aktivitas Fisik

Melakukan aktivitas fisik secara teratur, seperti latihan aerobik dengan intensitas sedang, sangat dianjurkan untuk kesehatan tubuh. Aktivitas seperti berjalan cepat, bersepeda, berenang, atau bahkan yoga, sebaiknya dilakukan setidaknya selama 150 menit per minggu. Yoga, selain memberikan manfaat fisik, juga sangat baik untuk meningkatkan fleksibilitas, kekuatan, dan ketenangan mental, yang merupakan bagian penting dalam gaya hidup sehat.

B. Masalah Nyeri Akut Pada Pasien Dengan Hipertensi

1. Definisi Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan sensasi dan respon emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan, baik yang sudah terjadi maupun yang berpotensi terjadi. Kondisi ini dapat muncul secara mendadak atau bertahap dengan durasi relatif singkat, umumnya kurang dari tiga bulan. Nyeri akut juga bersifat protektif karena berperan sebagai sinyal peringatan terhadap adanya gangguan atau cedera pada tubuh (International Association for the Study of Pain, 2020).

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial. Kondisi ini dapat muncul dengan onset mendadak ataupun bertahap, dengan tingkat intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat. Nyeri akut umumnya berlangsung dalam waktu singkat, yaitu kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Faktor Penyebab Nyeri Akut

Penyebab masalah keperawatan nyeri akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), yaitu sebagai berikut :

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

3. Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Tanda dan gejala nyeri akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), yaitu sebagai berikut :

- a. Tanda dan gejala mayor
 - 1) Data subjektif :
 - a) Mengeluh nyeri
 - 2) Data objektif :
 - a) Tampak meringis
 - b) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
 - c) Gelisah
 - d) Frekuensi nadi meningkat
 - e) Sulit tidur
- b. Tanda dan gejala minor
 - 1) Data subjektif
 - a) Tidak tersedia
 - 2) Data objektif
 - a) Tekanan darah meningkat

- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan menurun
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaphoresis

4. Kondisi Klinis Terkait Nyeri Akut

Kondisi klinis terkait dengan nyeri akut menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), yaitu sebagai berikut :

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom coroner akut
- e. Glaukoma

5. Pengukuran Skala Nyeri

Pengukuran skala nyeri dapat menggunakan beberapa cara yaitu sebagai berikut:

a. Verbal Descriptor Scale (VDS)

Verbal descriptor scale (VDS) merupakan salah satu metode penilaian nyeri yang menggunakan kata-kata deskriptif untuk menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Skala ini biasanya terdiri dari beberapa tingkatan, seperti “tidak nyeri”, “nyeri ringan”, “nyeri sedang”, hingga “nyeri berat”. Pasien diminta memilih satu kata yang paling sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan,

sehingga metode ini sangat mudah digunakan terutama pada pasien lansia atau pasien yang mengalami kesulitan dalam memahami angka (Potter et al., 2023).

b. *Visual Analog Scale (VAS)*

Visual Analog Scale (VAS) merupakan metode penilaian nyeri yang menggunakan garis lurus horizontal sepanjang 10 cm untuk menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Ujung kiri garis biasanya menunjukkan “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan menunjukkan “nyeri sangat berat” atau “nyeri terburuk yang pernah dirasakan”. Pasien diminta untuk memberikan tanda pada titik di sepanjang garis tersebut sesuai dengan tingkat nyeri yang dirasakan, kemudian hasilnya diukur dalam satuan milimeter atau sentimeter untuk menentukan skor nyeri. Namun, penggunaan VAS memerlukan kemampuan kognitif dan motorik yang baik, sehingga mungkin kurang sesuai untuk pasien lansia dengan gangguan kognitif atau pasien dengan keterbatasan visua (Polit, 2021).

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Numeric Rating Scale (NRS) merupakan metode penilaian nyeri yang menggunakan angka untuk menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Skala ini umumnya menggunakan rentang angka 0 hingga 10, di mana angka 0 menunjukkan “tidak nyeri” dan angka 10 menunjukkan “nyeri sangat berat” atau nyeri terburuk yang pernah dirasakan. Pasien diminta untuk memilih satu angka yang paling sesuai dengan tingkat nyeri yang dirasakan (Hawker, 2021). Dijelaskan sebagai berikut:

- 1) 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri
- 2) 1-3 : nyeri ringan (masih bisa berkomunikasi dengan baik)

- 3) 4-6 : nyeri sedang (mendesis, meringis, menunjukkan Lokasi nyeri dan masih dapat mendeskripsikan nyeri serta dapat mengikuti perintah dengan baik
- 4) 7-9 : nyeri berat (terkadang tidak dapat mengikuti perintah, tetapi masih merespon terhadap Tindakan, dapat menunjukkan Lokasi nyeri, tidak dapat mengekspresikan nyeri, tidak dapat diatasi dengan alih posisi dan Tarik napas panjang
- 5) 10 : nyeri sangatt berat (sudah tidak mampu lagi berkomunikasi bahkan rasa ingin memukul)

d. *Wong-Baker Faces Scale* (WBS)

Wong-Baker Faces Scale (WBS) merupakan metode penilaian nyeri yang menggunakan gambar ekspresi wajah untuk membantu pasien dalam menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan. Skala ini terdiri dari enam gambar wajah yang menunjukkan tingkat nyeri mulai dari tidak nyeri hingga nyeri sangat berat. WBS banyak digunakan pada anak-anak, lansia, serta pasien dengan keterbatasan komunikasi karena lebih mudah dipahami dibandingkan skala numerik atau visual. Penggunaan gambar wajah membantu pasien mengekspresikan nyeri secara nonverbal, sehingga meningkatkan akurasi dalam pengkajian nyeri. Namun, interpretasi ekspresi wajah dapat bersifat subjektif dan dipengaruhi oleh faktor budaya maupun emosional pasien (French, 2021).

Dari berbagai alat ukur nyeri yang digunakan di Indonesia, *Numeric Rating Scale* (NRS) merupakan yang paling sering dipakai karena sederhana dan mudah dipahami oleh pasien. Penggunaannya juga cepat serta tidak memerlukan alat khusus. Selain itu, NRS dapat diterapkan pada berbagai kondisi klinis sehingga

lebih praktis bagi tenaga kesehatan dalam menilai intensitas nyeri (Attention, 2023).

6. Penatalaksanaan Nyeri Akut Pada Lansia Dengan Hipertensi

Penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) salah satunya menggunakan intervensi utama yaitu manajemen nyeri yang meliputi :

a. Observasi :

- 1) Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan 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 penggunaan analgetik

b. Terapeutik

- 1) Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresure, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain.
- 2) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur

- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- c. Edukasi
 - 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
 - 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - 4) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat
 - 5) Anjurkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- d. Kolaborasi
 - 1) Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Lansia Dengan Hipertensi

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data secara sistematis dan menyeluruh mengenai kondisi pasien, baik dari aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual. Data yang diperoleh akan menjadi dasar dalam penentuan diagnosis keperawatan serta perencanaan tindakan selanjutnya (Potter et al., 2023). Hal – hal yang perlu di perhatikan :

- a. Identitas: Nama, alamat, umur, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, nama penanggung jawab dan catatan kedatangan.
- b. Riwayat Kesehatan
 - 1) Keluhan utama: Alasan utama pasien datang ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan.

- 2) Riwayat kesehatan sekarang: Keluhan pasien yang dirasakan saat melakukan pengkajian.
 - 3) Riwayat kesehatan terdahulu: Biasanya penyakit hipertensi adalah penyakit yang sudah lama dialami oleh pasien dan biasanya dilakukan pengkajian tentang riwayat minum obat klien.
 - 4) Riwayat kesehatan keluarga: Mengkaji riwayat keluarga apakah ada yang menderita riwayat penyakit yang sama.
 - 5) Data fisiologis, respirasi, nutrisi/cairan, eliminasi, aktifitas/istirahat, neurosensori, reproduksi/seksualitas, psikologi, perilaku dan lingkungan.
- c. Pengkajian aktivitas sehari – hari

Indeks Katz adalah suatu instrumen pengkajian yang digunakan untuk menilai tingkat kemandirian fungsional seseorang, khususnya dalam aktivitas perawatan diri dan mobilitas. Alat ini juga dapat dimanfaatkan sebagai kriteria untuk mengevaluasi kemampuan fungsional pada pasien dengan gangguan keseimbangan, dengan menggunakan enam indikator penilaian, yaitu mandi, berpakaian, penggunaan toilet, berpindah tempat, kontrol kontinensia, dan makan. Instrumen ini terdiri dari enam pertanyaan yang telah ditetapkan, dengan cara penilaian berupa pemberian tanda centang pada kolom “mandiri” atau “ketergantungan” di lembar kuesioner.

Interpretasi hasilnya diklasifikasikan sebagai berikut: nilai A menunjukkan individu mandiri dalam seluruh aktivitas, yaitu makan, kontinensia (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi, dan berpakaian. Nilai B menunjukkan kemandirian pada semua aktivitas kecuali satu fungsi. Nilai C menunjukkan mandiri pada seluruh aktivitas, kecuali mandi dan satu fungsi lainnya. Nilai D

menunjukkan kemandirian kecuali pada mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan. Nilai E menggambarkan kemandirian selain pada mandi, berpakaian, penggunaan kamar kecil, serta satu fungsi lainnya. Nilai F menunjukkan kemandirian hanya pada sebagian kecil aktivitas, dengan ketergantungan pada mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah, serta satu fungsi tambahan. Sementara itu, nilai G menandakan ketergantungan penuh pada seluruh enam fungsi yang dinilai.

d. Pengkajian kognitif dan mental

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

SPMSQ merupakan alat skrining sederhana yang digunakan untuk mengevaluasi fungsi kognitif atau kemampuan intelektual pada lansia. Instrumen ini terdiri dari 10 pertanyaan, seperti menanyakan tanggal saat ini, hari, serta nama tempat, yang berkaitan dengan orientasi dan kemampuan berpikir. Penilaian dilakukan dengan mencatat jawaban yang diberikan oleh lansia, di mana setiap pertanyaan memiliki skor 1. Hasil interpretasi didasarkan pada jumlah kesalahan, yaitu 0–2 kesalahan menunjukkan fungsi intelektual masih baik, 3–4 kesalahan mengindikasikan gangguan ringan, 5–7 kesalahan menunjukkan gangguan sedang, dan 8–10 kesalahan menandakan adanya gangguan intelektual berat.

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

Mini Mental State Examination (MMSE) merupakan salah satu instrumen skrining yang paling sering digunakan untuk menilai fungsi kognitif dan dikenal luas sebagai pemeriksaan mental singkat. Alat ini berfungsi untuk mengidentifikasi adanya gangguan kognitif pada individu, menilai perkembangan penyakit yang berkaitan dengan penurunan kemampuan kognitif, serta memantau respons pasien

terhadap terapi yang diberikan.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, atau kelompok terhadap kondisi kesehatan, baik yang aktual maupun berisiko. Diagnosis ini menjadi dasar perawat dalam merencanakan intervensi untuk mencapai hasil kesehatan optimal sesuai kewenangannya. Dalam SDKI, diagnosis ditetapkan berdasarkan data subjektif dan objektif hasil pengkajian yang dianalisis untuk menentukan masalah keperawatan secara spesifik. Fokusnya adalah masalah yang dapat ditangani secara mandiri oleh perawat, berbeda dengan diagnosis medis yang berorientasi pada penyakit (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini akan berfokus pada diagnosis keperawatan actual yang muncul pada pasien yang mengalami nyeri karena hipertensi dengan diagnosis nyeri akut. Perumusan diagnosis keperawatan nyeri akut pada pasien yang mengalami hipertensi berdasarkan format penulisan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tempat meringis, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, nadi meningkat, sulit tidur, dan tekanan darah meningkat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah tahap perencanaan dalam proses keperawatan yang disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan. Tahap ini bertujuan untuk menangani masalah kesehatan pasien melalui intervensi yang tepat, dapat diukur, dan didasarkan pada bukti ilmiah. Intervensi

keperawatan adalah segala tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mencapai luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Rencana asuhan keperawatan dijelaskan seperti tabel 2 berikut :

Tabel 2
Rencana Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Benson Pada Lansia Hipertensi

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut (D.0077) Definisi : Nyeri akut merupakan suatu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab : Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi,	Setelah diberikan asuhan Keperawatan selama..x.. menir diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066), dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5) 2. Keluhan nyeri menurun (5)	Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi

	3. Meringis menurun (5)	pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
	4. Sikap protektif (5)	4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
	5. Gelisah menurun (5)	
	6. Menarik diri menurun (5)	
	7. Berfokus pada diri sendiri menurun (5)	
	8. Diaphoresis menurun (5)	
	9. Perasaan depresi	

1	2	3
terbakar, terpotong menganggota berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)	2. Objektif	(tertekan) menurun (5) 10. Perasaan takut mengalami cedera

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif

a. Mengeluh nyeri

-
4. Identifikasi pengaruh nyeri pada
 kualitas hidup
 5. Monitor
 keberhasilan terrapin

a. Tampak meringis	berulang	komplementer
b. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)	menurun (5)	yang sudah diberikan
c. Gelisah	11. Anoreksia	6. Monitor efek
d. Frekuensi nadi meningkat	menurun	samping
e. Sulit tidur	(5)	penggunaan
Gejala dan tanda minor :	12. Perineum	analgesic
1. Subjektif	terasa	Terapeutik
a. (Tidak tersedia)	tertekan	Berikan
2. Objektif	menurun	Teknik
d. Tekanan darah	(5)	nonfarmakologis untuk
13. Uterus teraba membulat	menurun	rasa nyeri
(5)		(mis. TENS, hypnosis,
14. Ketegangan otot	menurun	akupressure,
15. Pupil dilatasi	menurun	terapi music,
(5)		biofeedback,
16. Muntah	menurun	terapi pijat,
17. Pupil dilatasi	menurun	aromatrapi,
(5)		Teknik
18. Muntah	menurun	Imajinasi,
(5)		Teknik
19. Muntah	menurun	imajinasi
(5)		terbimbing,
20. Muntah	menurun	kompres
(5)		hangat/dingin
21. Muntah	menurun	, terapi
(5)		bermain)
22. Muntah	menurun	2. Kontrol
(5)		lingkungan

	h	membaik	yang
g.	Pro	(5)	memperberat
ses	19.	Pola napas	rasa nyeri
berf		membaik	(mis. Suhu
ikir	20.	Tekanan	ruangan,
terg		darah	pencahaya-an,
ang		membaik	kebisingan)
gu		(5)	3. Fasilitasi
h.	Me	21. Proses	istirahat
nari		berpikir	
k		membaik	
diri		(5)	
i.	Ber	22. Fokus	
fok		membaik	
us		(5)	
pad	23.	Fungsi	
a		berkemih	
diri		membaik	
sen		(5)	
diri			
	1	2	3
		24. Perilaku	dan tidur
		meningkat	4. Petimbangka
		(5)	n jenis dan
		25. Nafsu	sumber nyeri
		makan	dalam
		meningkat	pemilihan
		(5)	strategi
		26. Pola tidur	meredakan
		membaik	nyeri dan
		(5)	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
analgetic
secara terapI
5. Ajarkan Teknik
nonfarmakolog
is untuk
mengurangi
rasa nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi
pemberian
analgetic, *jika
perlu*

(Sumber : PPNI, PPNI, 2018, PPNI, 2019)

4. Implementasi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang direncanakan dan dilakukan oleh perawat berdasarkan penilaian klinis serta pengetahuan profesional untuk mengatasi diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan. Tindakan ini dapat berupa intervensi mandiri maupun kolaboratif dengan tenaga kesehatan lain, yang disusun secara sistematis sebagai bagian integral dari proses keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah membantu pasien mencapai hasil kesehatan yang optimal, meningkatkan kenyamanan, mencegah komplikasi, serta mendukung pemecahan masalah kesehatan secara komprehensif sesuai dengan kebutuhan pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai respon pasien terhadap intervensi yang telah diberikan. Evaluasi ini juga digunakan untuk menentukan tingkat keberhasilan dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Proses evaluasi dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan untuk memastikan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan efektif serta sesuai dengan kebutuhan pasien (Nursalam, 2022). Evaluasi keperawatan dibagi menjadi 2 yaitu sebagai berikut :

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif adalah penilaian yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan berlangsung untuk melihat respon pasien terhadap intervensi yang diberikan. Evaluasi ini bertujuan menilai perkembangan kondisi pasien dan efektivitas tindakan secara langsung. Hasilnya digunakan sebagai dasar untuk menyesuaikan atau memodifikasi rencana keperawatan.

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah penilaian yang dilakukan pada akhir asuhan keperawatan untuk mengetahui hasil akhir dari intervensi yang telah diberikan. Evaluasi ini bertujuan menilai pencapaian tujuan dan kriteria hasil secara keseluruhan. Hasilnya digunakan untuk menentukan apakah masalah keperawatan sudah teratasi atau perlu tindak lanjut.

Evaluasi keperawatan dilakukan dengan menggunakan format SOAP yang meliputi aspek subjektif, objektif, assessment, dan planning untuk menilai perkembangan kondisi pasien secara menyeluruh.

1) Subjektif (S)

Data subjektif merupakan informasi yang diperoleh dari pasien atau keluarga terkait kondisi yang dirasakan. Data ini mencerminkan persepsi, keluhan, dan pengalaman pasien terhadap masalah kesehatannya. Contoh: pasien mengeluh nyeri berkurang, merasa lebih nyaman, atau masih merasakan pusing.

2) Objektif (O)

Data objektif adalah data yang diperoleh melalui observasi langsung, pemeriksaan fisik, maupun hasil pemeriksaan penunjang. Data ini bersifat terukur

dan dapat diverifikasi. Contoh: tekanan darah menurun, skala nyeri menurun, wajah tampak rileks, atau hasil laboratorium dalam batas normal.

3) Assessment (A)

Assessment merupakan analisis perawat terhadap data subjektif dan objektif untuk menilai perkembangan kondisi pasien. Pada tahap ini ditentukan apakah masalah keperawatan sudah teratasi, sebagian teratasi, atau belum teratasi. Contoh: nyeri akut teratasi sebagian ditandai dengan penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 3.

4) Planning (P)

Planning adalah rencana tindak lanjut yang disusun berdasarkan hasil assessment. Perawat menentukan apakah intervensi dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan sesuai kondisi pasien. Contoh: melanjutkan teknik relaksasi, mempertahankan terapi, atau menambahkan intervensi baru.

D. Konsep Relaksasi Benson pada Lansia dengan Hipertensi

1. Definisi relaksasi benson

Relaksasi Benson adalah teknik relaksasi yang mengombinasikan respon relaksasi dengan pendekatan spiritual atau keyakinan individu untuk menurunkan stres dan meningkatkan rasa tenang. Teknik ini dikembangkan oleh Herbert Benson sebagai metode sederhana yang bertujuan mengaktifkan respon relaksasi tubuh yang berlawanan dengan respon stres. Melalui penerapan teknik ini, individu dapat

mencapai kondisi rileks baik secara fisik maupun psikologis sehingga membantu meningkatkan kesejahteraan secara menyeluruh (Benson, H, 2020).

2. Tujuan relaksasi benson

Tujuan dari relaksasi benson menurut (Benson, H, 2020), yaitu sebagai berikut :

- j. Menurunkan tingkat stres dan kecemasan
- k. Mengurangi intensitas nyeri
- l. Menurunkan tekanan darah dan frekuensi nadi
- m. Meningkatkan rasa nyaman dan ketenangan
- n. Membantu meningkatkan kualitas istirahat dan tidur

3. Manfaat relaksasi benson

Manfaat relaksasi benson menurut (Potter et al., 2023), yaitu sebagai berikut :

- a. Menekan aktivitas sistem saraf simpatis (respon stres)
- b. Meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis
- c. Mengurangi ketegangan otot dan kelelahan
- d. Membantu stabilisasi tanda-tanda vital
- e. Mendukung proses penyembuhan secara holistik
- f. Meningkatkan perasaan nyaman dan rileks pada pasien

4. Mekanisme kerja relaksasi benson

Relaksasi Benson bekerja dengan cara menekan respon stres melalui pengulangan kata atau doa tertentu yang disertai dengan pernapasan teratur. Kondisi ini akan merangsang sistem saraf parasimpatis sehingga terjadi penurunan

konsumsi oksigen, frekuensi napas, denyut jantung, dan tekanan darah (Benson, H, 2020). Selain itu, teknik ini membantu menghambat aktivitas sistem saraf simpatis yang berperan dalam respons *fight or flight*, sehingga tubuh beralih ke kondisi lebih rileks dan stabil. Aktivasi respon relaksasi juga berdampak pada penurunan kadar hormon stres seperti adrenalin dan kortisol, yang berperan dalam meningkatkan tekanan darah dan ketegangan otot (Abu Maloh et al., 2024).

Relaksasi Benson juga meningkatkan aliran darah ke jaringan perifer dan memperbaiki oksigenasi sel, sehingga membantu proses pemulihan tubuh. Dalam aspek psikologis, teknik ini mampu meningkatkan konsentrasi, mengurangi kecemasan, serta menciptakan perasaan tenang dan nyaman (Potter et al., 2023). Secara keseluruhan, mekanisme relaksasi Benson melibatkan interaksi antara sistem saraf, sistem endokrin, dan kondisi mental, sehingga memberikan efek terapeutik yang menyeluruh baik secara fisiologis maupun psikologis (Benson, H, 2020).

5. Prosedur pelaksanaan relaksasi benson

Prosedur pelaksanaan relaksasi benson yaitu sebagai berikut :

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman
- b. Atur posisi pasien (duduk atau berbaring dengan rileks)
- c. Pejamkan mata secara perlahan
- d. Rilekskan otot tubuh dari kepala hingga kaki
- e. Tarik napas perlahan melalui hidung dan hembuskan melalui mulut
- f. Ucapkan kata/doa yang menenangkan secara berulang dalam hati
- g. Pertahankan fokus dan abaikan pikiran yang mengganggu
- h. Lakukan selama 10–20 menit

- i. Akhiri secara perlahan dengan membuka mata

6. Indikasi relaksasi benson

Teknik ini dapat diterapkan pada pasien dengan :

- a. Nyeri akut maupun nyeri kronis
- b. Hipertensi
- c. Kecemasan atau stress
- d. Gangguan tidur
- e. Penyakit kronis yang memerlukan manajemen stress