

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. *Slow Deep Breathing* pada Keluarga Hipertensi**

##### **1. Pengertian Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi)**

Tekanan darah merupakan keadaan yang menggambarkan situasi hemodinamika seseorang saat itu. Hemodinamika merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah dan aliran darah dapat mempertahankan perfusi atau pertukaran zat di jaringan tubuh (Muttaqin, 2014). Tekanan puncak terjadi saat ventrikel berkontraksi disebut tekanan sistolik, sedangkan tekanan terendah yang terjadi saat jantung beristirahat disebut tekanan diastolic. Tekanan darah biasanya digambarkan sebagai rasio tekanan sistolik terhadap tekanan diastolic dengan nilai normalnya berkisar dari 100/60 mmHg sampai 140/90 mmHg. Rata-rata tekanan darah normal biasanya 120/80 mmHg (Smeltzer dan Bare, 2011).

Tekanan darah tinggi atau sering disebut hipertensi merupakan suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari satu periode yang dapat terjadi bila arteriole-arteriole konstriksi, sehingga membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri (Udjianti, 2010). Hipertensi juga didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknyanya diatas 90 mmHg (Padila, 2013). Menurut WHO, batasan tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg, sedangkan tekanan darah  $\geq 190/95$  mmHg dinyatakan sebagai hipertensi (Udjianti, 2010).

## 2. Klasifikasi dan Etiologi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi yang dinyatakan oleh WHO dapat dilihat dalam tabel 1 sebagai berikut :

Tabel 1  
Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO/ISH

<b>Klasifikasi</b>	<b>Tekanan Darah Sistolik (mmHg)</b>	<b>Tekanan Darah Diastolik (mmHg)</b>
Hipertensi berat	$\geq 180$	$\geq 110$
Hipertensi sedang	160-179	100-109
Hipertensi ringan	140-159	90-99
Hipertensi perbatasan	140-149	90-94
Hipertensi perbatasan sistolik	140-149	$< 90$
Hipertensi terisolasi sistolik	$>140$	$< 90$
Normotensi	$< 140$	$< 90$
Optimal	$< 120$	$< 80$

Dikutip dari : (Mansjoer, 2008)

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi terbagi menjadi dua golongan, yakni sebagai berikut :

### a. Hipertensi esensial atau hipertensi primer

90% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi esensial atau hipertensi primer yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya (idiopatik) (Udjianti, 2010). Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial, yakni :

### 1) Genetik

Faktor keturunan merupakan faktor yang paling berperan dalam terjadinya hipertensi esensial (Smeltzer dan Bare, 2011). Individu yang memiliki riwayat keluarga dengan hipertensi berisiko tinggi untuk mengalami hipertensi (Udjianti, 2010).

### 2) Jenis kelamin dan usia

Laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita pasca menopause berisiko tinggi untuk mengalami hipertensi (Udjianti, 2010).

### 3) Diet

Konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi (Udjianti, 2010).

### 4) Berat badan

Obesitas (> 25% diatas berat badan ideal) dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi (Udjianti, 2010).

### 5) Gaya hidup

Merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah, bila gaya hidup menetap (Udjianti, 2010).

### b. Hipertensi sekunder

Merupakan 10% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi sekunder, yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid. Faktor pencetus munculnya hipertensi sekunder antara lain penggunaan kontrasepsi oral, coarctation aorta, neurogenik (tumor otak, ensefalitis, gangguan psikiatri),

kehamilan, peningkatan volume intravascular, luka bakar, dan stress (Udjianti, 2010).

### **3. Patofisiologi Hipertensi**

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya noropineprin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor.

Pada saat bersamaan ketika system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal menyekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal menyebabkan pelepasan renin. Renin yang dilepaskan merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormone

ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler (Aspiani, 2014).

#### **4. Tanda dan Gejala Hipertensi**

Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita hipertensi tidak sama pada tiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa gejala. Secara umum, gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi adalah sebagai berikut (Aspiani, 2014) :

- a. Sakit kepala
- b. Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- c. Perasaan berputar seperti tujuh keliling dan ingin jatuh
- d. Berdebar atau detak jantung terasa cepat
- e. Telinga berdenging

#### **5. Penatalaksanaan Hipertensi**

Penatalaksanaan hipertensi bertujuan untuk mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah di bawah 140/90 mmHg (Muttaqin, 2014). Penatalaksanaan hipertensi dapat dibedakan menjadi dua, yakni secara farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi atau obat-obatan mulai diberikan apabila penderita hipertensi memiliki risiko tinggi dan perubahan gaya hidup tidak memadai dalam menurunkan tekanan darah (Smeltzer dan Bare, 2011).

Penatalaksanaan hipertensi non farmakologi sangat dianjurkan. Beberapa penelitian menunjukkan pendekatan non farmakologi dapat mengurangi hipertensi yakni dengan teknik-teknik yang dapat mengurangi stress, penurunan berat badan, pembatasan alcohol, natrium dan tembakau, olahraga atau latihan, relaksasi

merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan pada setiap terapi antihipertensi (Muttaqin, 2014).

## **6. Pengertian *Slow Deep Breathing***

*Slow deep breathing* ialah salah satu bagian dari latihan relaksasi dengan teknik latihan pernapasan yang dilakukan secara sadar. *Slow deep breathing* merupakan relaksasi yang dilakukan secara sadar untuk mengatur pernapasan secara dalam dan lambat (Martini, 2006). Terapi relaksasi banyak digunakan dalam kehidupan sehari-hari untuk dapat mengatasi berbagai masalah, misalnya stress, ketegangan otot, nyeri, hipertensi, gangguan pernapasan, dan lain-lain (Martini, 2006). Relaksasi secara umum merupakan keadaan menurunnya kognitif, fisiologi, dan perilaku (Andarmoyo, 2013).

## **7. Manfaat *Slow Deep Breathing***

*Slow deep breathing* memiliki beberapa manfaat yang telah diteliti yaitu sebagai berikut :

### **a. Menurunkan tekanan darah**

*Slow deep breathing* memberi manfaat bagi hemodinamik tubuh. *Slow deep breathing* memiliki efek peningkatan fluktuasi dari interval frekuensi pernapasan yang berdampak pada peningkatan efektifitas barorefleks dan dapat mempengaruhi tekanan darah (Sepdianto et al., 2007). *Slow deep breathing* juga meningkatkan central inhibitory rhythmus sehingga menurunkan aktivitas saraf simpatis yang akan menyebabkan penurunan tekanan darah pada saat barorefleks diaktivasi. *Slow deep breathing* dapat memengaruhi peningkatan volume tidal sehingga mengaktifkan heuring-breurer reflex yang berdampak pada penurunan aktivitas kemorefleks, peningkatan sensitivitas barorefleks, menurunkan aktivitas

saraf simpatis, dan menurunkan tekanan darah (Joseph et al., 2005). *Slow deep breathing* meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis dan meningkatkan suhu kulit perifer sehingga memengaruhi penurunan frekuensi denyut jantung, frekuensi napas dan aktivitas elektromiografi (Kaushik et al., 2006).

b. Menurunkan kadar glukosa darah

*Slow deep breathing* memiliki manfaat sebagai penurunan kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus. Tarwoto (2012) menyatakan *slow deep breathing* member pengaruh terhadap kerja saraf otonom dengan mengeluarkan neurotransmitter endorphen. Neurotransmitter endorphen menyebabkan penurunan aktivitas saraf simpatis, peningkatan saraf parasimpatis, peningkatan relaksasi tubuh, dan menurunkan aktivitas metabolisme. Hal tersebut menyebabkan kebutuhan tubuh terhadap insulin akan menurun.

c. Menurunkan nyeri

*Slow deep breathing* merupakan metode relaksasi yang dapat memengaruhi respon nyeri tubuh. Tarwoto (2012) menyatakan *slow deep breathing* menyebabkan penurunan aktivitas saraf simpatis, peningkatan aktivitas saraf parasimpatis, peningkatan relaksasi tubuh, dan menurunkan aktivitas metabolisme. Hal tersebut menyebabkan kebutuhan otak dan konsumsi otak akan oksigen berkurang sehingga menurunkan respon nyeri tubuh.

d. Menurunkan tingkat kecemasan

*Slow deep breathing* merupakan salah satu metode untuk membuat tubuh lebih relaksasi dan menurunkan kecemasan. Relaksasi akan memicu penurunan hormone stress yang akan memengaruhi tingkat kecemasan (Andarmoyo, 2013).

Sepdianto, dkk (2010) melakukan penelitian dan didapatkan hasil bahwa *slow deep breathing* memengaruhi tingkat kecemasan pada penderita hipertensi.

### **8. Langkah-Langkah Latihan *Slow Deep Breathing***

*Slow deep breathing* adalah salah satu teknik pengontrolan napas dan relaksasi (Sepdianto et al., 2007). Menurut Tarwoto (2012), langkah-langkah melakukan latihan *slow deep breathing* yaitu sebagai berikut:

- a. Atur pasien dengan posisi duduk atau berbaring
- b. Kedua tangan pasien diletakkan di atas perut
- c. Anjurkan melakukan napas secara perlahan dan dalam melalui hidung dan tarik napas selama tiga detik, rasakan perut mengembang saat menarik napas.
- d. Tahan napas selama tiga detik
- e. Kerutkan bibir, keluarkan melalui mulut dan hembuskan napas secara perlahan selama enam detik. Rasakan perut bergerak ke bawah.
- f. Ulangi langkah a sampai e selama 15 menit
- g. Latihan *slow deep breathing* dilakukan dua kali sehari, yaitu pagi dan sore hari.

### **9. Pengaruh *Slow Deep Breathing* Terhadap Tekanan Darah**

*Slow deep breathing* berpengaruh pada system persarafan yang mengontrol tekanan darah. *Slow deep breathing* berpengaruh terhadap modulasi system kardiovaskular yang akan meningkatkan fluktuasi dari interval frekuensi pernapasan dan berdampak pada peningkatan efektivitas barorefleks serta dapat berkontribusi terhadap penurunan tekanan darah. Barorefleks akan mengaktifkan aktivitas system saraf parasimpatis yang mengakibatkan vasodilatasi pembuluh



darah, penurunan output jantung dan mengakibatkan tekanan darah menurun (Sepdianto et al., 2007).

## **B. Asuhan Keperawatan dengan Pemberian *Slow Deep Breathing* pada Keluarga Hipertensi**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan suatu pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respons klien saat ini dan waktu sebelumnya (Carpenito & Moyet, 2013). Pengkajian nyeri yang factual dan tepat dibutuhkan untuk menetapkan data dasar, menegakkan diagnosis keperawatan yang tepat, menyeleksi terapi keperawatan yang cocok, dan mengevaluasi respons klien terhadap terapi. Keuntungan pengkajian nyeri bagi klien adalah nyeri dapat diidentifikasi, dikenali sebagai suatu yang nyata, dapat diukur, dan dapat dijelaskan serta digunakan untuk mengevaluasi perawatan (Andarmoyo, 2013).

*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) 1999 membuat standar di dalam penanganan terhadap nyeri (Prasetyo, 2010). Dalam standar tersebut tenaga kesehatan diharapkan menerapkan langkah-langkah yang strategis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan nyeri. Beberapa aspek yang perlu diperhatikan perawat dalam pengkajian nyeri antara lain:

#### **a. Penentuan ada tidaknya nyeri**

Dalam memulai pengkajian terhadap nyeri pada klien, hal terpenting yang perlu diperhatikan oleh perawat ialah penentuan ada tidaknya nyeri pada klien.

Perawat harus memercayai ketika pasien melaporkan adanya ketidaknyamanan` (nyeri) walaupun dalam observasi perawat tidak ditemukannya cedera atau luka.

b. Faktor-faktor yang menyebabkan atau memengaruhi nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri yang bisa dikaji oleh perawat ialah usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya, gaya coping, dukungan keluarga dan sosial.

c. Pengalaman nyeri

Hal terpenting juga yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah pengalaman nyeri yang dialami oleh klien. Hal ini akan sangat membantu bagi perawat untuk mengetahui pada fase apa nyeri yang dirasakan oleh klien, dan apakah klien mengetahui nyeri yang dialami. Fase tersebut antara lain fase antisipatori, fase sensasi, dan fase akibat (aftermath).

d. Ekspresi nyeri

Amati cara verbal dan non verbal klien dalam mengomunikasikan rasa ketidaknyamanan. Meringis, menekuk salah satu bagian tubuh, dan postur tubuh yang tidak lazim merupakan contoh ekspresi nyeri secara non verbal. Anak-anak yang masih kecil mungkin tidak mengerti makna “nyeri” sehingga dalam melakukan pengkajian perawat perlu menggunakan kata-kata, seperti “ouh”, “aduh”, atau “sakit”. Untuk klien yang mengalami gangguan kognitif, perlu menggunakan pendekatan pengkajian sederhana, yakni dengan melakukan observasi terhadap perubahan perilaku klien. Untuk klien yang sedang dalam kondisi kritis dan mungkin mengalami penumpukan atau permasalahan sensori dan menggunakan selang nasogastrik atau jalan napas aritifisial, perawat mungkin

perlu mengajukan pertanyaan spesifik secara langsung kepada klien sehingga klien member jawaban dengan mengangguk atau menggelengkan kepala.

e. Karakteristik nyeri

Untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah/ keluhannya secara lengkap, pengkajian yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis *symptom* (Tabel 2).

komponen pengkajian analisis *symptom* meliputi (PQRST) :

- 1) P (*Paliatif/Provocatif*) : yang menyebabkan timbulnya masalah
- 2) Q (*Quality dan Quantity*) :kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan
- 3) R (*Region*) : lokasi nyeri
- 4) S (*Severity*) : keparahan
- 5) T (*Timing*) : waktu

Tabel 2

## Komponen Pengkajian Analisis Symptom Meliputi PQRST

<b>Paliatif</b>	<b>Quantity &amp; Quality</b>	<b>Region</b>	<b>Severity</b>	<b>Timing</b>
Provokatif atau paliatif	Kualitas dan kuantitas	Regional/area terpapar atau radiasi	Skala keparahan	Timing atau waktu
Sebab timbulnya gejala dan apa saja yang dapat mengurangi dan memperberatnya.	Bagaimana dan sejauh mana gejala (nyeri) dirasakan.	Lokasi gejala nyeri yang dirasakan (menyebar atau tidak)	Seberapa keparahan dirasakan (nyeri dengan skala berapa? (1-10))	Kapan gejala mulai timbul, Seberapa sering gejala terasa
Kejadian awal yang dilakukan sewaktu gejala (nyeri) pertama kali dirasakan. Hal yang menyebabkan nyeriseperti Posisi atau aktivitas tertentu yang menghilangkan dan memperburuk gejala nyeri.	Kualitas: Bagaimana gejala (nyeri) dirasakan. Kuantitas: Sejauhmana gejala (nyeri) dirasakan sekarang. Sangat dirasakan.	Area: Dimana gejala (nyeri) dirasakan. Radiasi/ area terpapar: Apakah nyeri merambat pada punggung atau lengan dan pada leher atau kaki.	Nyeri yang dirasakan pada skala berapa? Apakah ringan, sedang, berat, atau tak tertahankan (1-10)	Onset: waktu gejala terjadi dan seberapa lama dirasakan Jenis: Tiba-tiba atau bertahap Frekuensi: Setiap jam atau sepanjang hari. Mengganggu aktivitas tidur

Sumber: Prasetyo, S. N. (2010). *Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Selain menggunakan pendekatan analisis symptom tersebut, perawat juga dapat melakukan pengkajian karakteristik nyeri dengan menggunakan pendekatan sebagai berikut (Andarmoyo, 2013):

a) Awitan atau durasi

Perawat mengajukan pertanyaan untuk menentukan awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Hal-hal yang perlu ditanyakan ialah kapan nyeri mulai dirasakan, sudah berapa lama nyeri mulai dirasakan, apakah nyeri yang dirasakan terjadi pada waktu yang sama pada setiap hari, seberapa sering nyeri kembali kambuh.

b) Lokasi

Untuk mengkaji lokasi nyeri, perawat meminta klien untuk menunjukkan semua daerah yang dirasa tidak nyaman. Untuk melokalisasi nyeri dengan lebih spesifik, perawat kemudian meminta klien melacak daerah nyeri dan titik yang paling nyeri. Hal ini sulit dilakukan apabila nyeri bersifat difus, meliputi beberapa tempat, atau melibatkan segmen terbesar tubuh.

c) Keparahan

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang, atau berat. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala numeric, skala deskriptif dan skala analog visual. Sementara pengukuran intensitas nyeri pada anak dapat menggunakan skala *ouch*.

d) Kualitas

Hal-hal yang perlu ditanyakan perawat adalah apakah nyeri yang dirasakan klien sebagai sensai remuk (*crushing*), berdenyut (*throbbing*), tajam, atau tumpul, menusuk (*pricking*), terbakar, perih, berpindah-pindah, dan sebagainya.

e) Pola nyeri

Dalam hal ini perawat meminta klien untuk mendeskripsikan aktivitas yang menyebabkan nyeri. Apakah nyeri terjadi setelah melakukan gerakan fisik, minum kopi, atau berkemih. Perawat juga meminta klien mendemonstrasikan aktivitas yang menimbulkan respons nyeri, misalnya batuk atau membalikkan tubuh dengan cara tertentu.

f) Tindakan untuk menghilangkan nyeri

Hal-hal yang perlu ditanyakan adalah upaya-upaya yang dilakukan pasien untuk mengurangi nyeri. Apakah dengan mengubah posisi, melakukan tindakan ritual (melangkah, berayun-ayun, menggosok) makan, meditasi, atau mengompres bagian yang nyeri dengan kompres dingin dan kompres hangat. Hal ini penting untuk diketahui perawat adalah apakah memang tindakan atau upaya yang sudah dilakukan pasien dibenarkan atau tidak dibenarkan. Aspek terpenting yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah selama upaya yang dilakukan pasien tidak menimbulkan masalah baru pada klien maka tindakan-tindakan yang sudah dilakukan bisa dilanjutkan dengan modifikasi tambahan dan pemantauan dari perawat.

g) Gejala penyerta

Hal-hal yang perlu ditanyakan perawat adalah gejala-gejala penyerta yang sering kali menyertai nyeri. Apakah mual, nyeri kepala, pusing, keinginan untuk miksi, konstipasi, dan gelisah.

- f. Responden dan efek nyeri (fisiologis, perilaku, dan pengaruhnya terhadap aktivitas sehari-hari)

Respons fisiologis pada klien dengan nyeri bisa meliputi respons stimulasi simpatik seperti dilatasi saluran bronkiolus dan peningkatan pernapasan, peningkatan frekuensi denyut jantung, vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah), peningkatan kadar glukosa darah, diaphoresis, peningkatan ketegangan otot, dilatasi pupil, dan penurunan motilitas usus. Sementara respons stimulasi parasimpatik meliputi pucat, ketegangan otot, penurunan denyut jantung dan tekanan darah, pernapasan yang cepat dan tidak teratur, mual dan muntah, dan kelemahan atau kelelahan.

Respons perilaku pada klien dengan nyeri bisa beragam dan sangat tergantung dengan paparan dan toleransi klien terhadap nyerinya. Perilaku efek nyeri pada klien meliputi vokalisasi (mengaduh, menagis, sesak napas, mendengkur), ekspresi wajah (meringis, menggeletukkan gigi, mengernyitkan dahi, menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar, menggigit bibir), gerakan tubuh (gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan, aktivitas melangkah yang tanggal ketika berlari atau berjalan, gerakan ritmik atau gerakan menggosok, gerakan melindungi bagian tubuh), dan interaksi sosial (menghindari percakapan, fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri, menghindari kontak sosial, penurunan rentang perhatian).

Pasien yang mengalami nyeri, biasanya akan mempunyai efek terhadap aktivitas sehari-hari yang ia jalankan. Dalam hal ini perawat perlu menanyakan beberapa hal, seperti bagaimana kemampuan klien dalam berpartisipasi dalam

aktivitas sehari-hari, apakah bisa dijalankan secara mandiri atau memerlukan bantuan, bagaimana kemampuan klien dalam melakukan hygiene normal (seperti mandi, berpakaian, mencuci rambut, dsb), bagaimana kemampuan untuk mempertahankan hubungan seksual yang normal, bagaimana kemampuan individu dalam melakukan pekerjaan.

g. Persepsi terhadap nyeri

Perawat perlu mengkaji persepsi klien terhadap nyeri, bagaimana anggapan klien terhadap masalah yang dihadapinya saat ini, dan bagaimana klien menghubungkan antara nyeri yang ia alami dengan proses penyakit atau hal lain dalam diri atau lingkungan di sekitarnya.

h. Mekanisme adaptasi terhadap nyeri

Masing-masing individu memiliki cara yang berbeda dalam menyikapi dan beradaptasi dengan nyeri yang ia rasakan. Perawat dalam hal ini perlu mengkaji cara-cara apa saja yang biasa klien lakukan dalam menurunkan nyeri yang dialami. Selain itu, perlu ditanyakan bagaimana keefektifan cara tersebut digunakan klien saat menjalani perawatan. Apabila cara tersebut bisa digunakan, perawat bisa memasukkan dalam rencana tindakan keperawatan.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial yang bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan yang ditegakkan dalam masalah ini ialah nyeri akut. Nyeri akut merupakan keadaan



ketika individu mengalami dan melaporkan adanya rasa nyeri atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang (Carpenito & Moyet, 2013).

Tabel diagnosa nyeri akut dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3

## Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

<b>Nyeri Akut</b>	
<b>Kategori : psikologis</b>	
<b>Subkategori : Nyeri dan kenyamanan</b>	
<b>Definisi</b>	
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 tiga bulan.	
<b>Penyebab</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>• Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>• Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ul>	
<b>Gejala dan Tanda Mayor</b>	
<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh nyeri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tampak meringis</li> <li>• bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>• gelisah</li> <li>• frekuensi nadi meningkat</li> <li>• sulit tidur</li> </ul>
<b>Gejala dan Tanda Minor</b>	
<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak tersedia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah meningkat</li> <li>• Pola napas berubah</li> <li>• Nafsu makan berkurang</li> <li>• Proses berpikir terganggu</li> <li>• Menarik diri</li> <li>• Berfokus pada diri sendiri</li> <li>• Diatoresis</li> </ul>

Sumber : (SDKI DPP PPNI, 2016).

### 3. Perencanaan

Perencanaan merupakan langkah selanjutnya setelah ditegakkannya diagnosa keperawatan (Andarmoyo, 2013). Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Perencanaan yang diberikan pada penelitian ini yaitu pemberian terapi *slow deep breathing* untuk mengatasi nyeri akut pada keluarga hipertensi. Menurut Nurarif & Kusuma (2015), perencanaan pada keluarga hipertensi dengan nyeri akut adalah sebagai berikut:

#### A. Tujuan berdasarkan *Nursing Outcome Classification (NOC)*

- 1) *Pain level*
- 2) *Pain control*
- 3) *Comfort level*

Dengan kriteria hasil :

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri).
- b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- c) Mampu mengenali nyeri nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- d) Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

#### B. Perencanaan berdasarkan *Nursing Intervention Classification (NIC)*

##### *Pain Management:*

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.
- 2) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.

- 3) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.
- 4) Pilih dan lakukan penanganan nyeri non farmakologi.
- 5) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.

#### **4. Pelaksanaan**

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Andarmoyo, 2013). Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya, yakni tindakan non farmakologi pemberian *slow deep breathing*.

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan (Andarmoyo, 2013). Evaluasi dari pemberian terapi *slow deep breathing* yakni pasien dan keluarga mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri.