

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Nyeri Akut pada Lansia Hipertensi**

##### **1. Definisi nyeri akut**

Sherwood L. pada tahun 2001 menyatakan bahwa nyeri merupakan mekanisme protektif yang bertujuan untuk menimbulkan kesadaran bahwa telah atau akan terjadi kerusakan jaringan (Andarmoyo, 2013)

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun fungsional dengan waktu yang mendadak atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat yang berlangsung selama 3 bulan, penyebabnya dapat berupa agen pencidera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, dst), agen pencidera fisiologis (inflamasi, neoplasma, iskemia), agen pencidera kimiawi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut (Andarmoyo, 2013) nyeri akut biasanya terjadi mendadak dan terlokalisasi, umumnya nyeri akut dialami pada kondisi sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, pasca pembedahan, pascapersalinan dan lain sebagainya. Nyeri akut biasanya disertai oleh tanda gejala aktivasi sistem saraf simpatis seperti terjadinya peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, *diaphoresis*, dan dilatasi pupil, secara verbal pasien akan mengeluhkan ketidaknyamanan akibat nyeri, memperlihatkan respon emosi menangis, mengerang kesakitan, menyeringai dan mengerutkan wajah.

## **2. Sifat nyeri**

Nyeri bersifat sangat individual dan subjektif, nyeri merupakan segala sesuatu yang dikatakan individu mengenai nyeri itu sendiri dan terjadi kapan saja orang tersebut menyatakan dirinya sedang merasa nyeri. McMahon tahun 1994 menyatakan bahwa terdapat empat atribut pasti dalam pengalaman nyeri antara lain : (a) nyeri; bersifat individu; (b) tidak menyenangkan; (c) merupakan suatu kekuatan yang dominan; (d) bersifat tidak berkesudahan (Andarmoyo, 2013).

## **3. Peranan perawat terhadap nyeri akut**

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang menghabiskan waktu paling banyak dengan pasien yang mengalami berbagai gangguan kesehatan khususnya gangguan kenyamanan nyeri dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya, dalam konteks ini perawat memiliki kesempatan untuk membantu pasien menghilangkan nyeri dan efek yang membahayakan diri pasien berdasarkan kiat, ilmu dan pengalaman sebelumnya. Perawat tidak hanya berkolaborasi dengan rekan sejawat tetapi juga memiliki fungsi mandiri untuk menjalankan intervensi dalam meredakan nyeri pasien, mengevaluasi efektivitas nyeri yang sudah dilakukan dan berperan sebagai advokat pasien jika intervensi tidak efektif, perawat juga berperan sebagai pendidik (*educator*) bagi pasien dan keluarga dalam meningkatkan pengetahuan terkait kesehatan (Andarmoyo, 2013).

## **4. Faktor-faktor yang memengaruhi respon nyeri**

Persepsi individu terhadap nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor, perawat sebagai tenaga kesehatan harus memahami faktor-faktor tersebut agar dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap klien yang mengalami nyeri. Faktor-faktor tersebut antara lain (Andarmoyo, 2013):

a. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak – anak dan lansia. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan di antara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak – anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri.

Nyeri yang dialami lansia harus dikaji dengan teliti oleh perawat sebab terkadang sumber nyeri yang dirasakan lansia lebih dari satu, terkadang penyakit yang berbeda justru menimbulkan gejala yang sama. Tidak semua lansia berperan aktif dalam mencari pengobatan untuk mengatasi nyeri, beberapa lansia justru pasrah atas ketidaknyamanan yang dirasakan karena menganggap hal itu adalah sesuatu yang wajar dalam proses penuaan.

b. Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Diragukan apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam pengekspresian nyeri. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin ( misal: menganggap bahwa seorang anak laki- laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama). Akan tetapi, toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia, dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin.

c. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai – nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri

d. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda – beda , apabila nyeri tersebut member kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan.

e. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan ( distraksi ) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun

f. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas.

g. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

h. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang.

i. Gaya coping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat anda merasa kesepian. Apabila klien mengalami nyeri di keadaan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit, klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi itu.

j. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri ialah kehadiran orang – orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien mempengaruhi respon nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

## **5. Penilaian respon intensitas nyeri**

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan seseorang, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dimana intensitas nyeri yang sama dapat dirasakan berbeda oleh individu yang berbeda. Pengukuran nyeri secara objektif yang paling mungkin adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa skala yaitu (Andarmoyo, 2013):

a. Skala Deskriptif

Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan

jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”.

b. Skala penilaian numeric

*Numerical Rating Scale*( NRS) menilai nyeri menggunakan skala 0-10. Skala ini sangat efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.

c. Skala Analog visual

Visual Analog Scale (VAS) merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan kebebasan penuh pada pasien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri.

Numeris																							
A	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="8">Tidak nyeri</td> <td colspan="3">Sangat nyeri</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tidak nyeri								Sangat nyeri		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
Tidak nyeri								Sangat nyeri															
Deskriptif																							
B	<table border="1"> <tr> <td>Tidak Nyeri</td> <td>Nyeri Ringan</td> <td>Nyeri Sedang</td> <td>Nyeri Berat</td> <td>Nyeri yang tidak tertahankan</td> </tr> </table>	Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Nyeri Sedang	Nyeri Berat	Nyeri yang tidak tertahankan																	
Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Nyeri Sedang	Nyeri Berat	Nyeri yang tidak tertahankan																			
Analog Visual																							
C	<table border="1"> <tr> <td>Tidak nyeri</td> <td>Nyeri yang tidak tertahankan</td> </tr> </table>	Tidak nyeri	Nyeri yang tidak tertahankan																				
Tidak nyeri	Nyeri yang tidak tertahankan																						

Klien menetapkan suatu titik pada skala yang berhubungan dengan persepsinya tentang tingkat keparahan nyeri pada waktu melakukan pengkajian

Sumber : Andarmoyo, Sulistyono. (2013). Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri.

Gambar 1

Skala nyeri A, Numerik. B, Deskriptif. C, Analog Visual

## 6. Tanda dan gejala nyeri akut

Pasien dengan nyeri akut biasanya menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor seperti berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016):

### a. Gejala dan tanda mayor

- 1) Secara subjektif pasien mengeluhkan adanya nyeri
- 2) Secara objektif pasien tampak meringis, menunjukkan sikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), tampak gelisah, frekuensi nadi meningkat, adanya kesulitan untuk tidur

### b. Gejala dan tanda minor

- 1) Secara subjektif tidak tersedia gejala minor dari nyeri akut

- 2) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah, perubahan pola napas, perubahan nafsu makan, proses berpikir terganggu, pasien tampak menarik diri, berfokus pada diri sendiri, adanya diaforesis.

## **7. Dampak nyeri akut**

Nyeri yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari (Andarmoyo, 2013):

### **a. Dampak fisik**

Nyeri akut yang tidak ditangani dengan adekuat akan mempengaruhi tubuh selain rasa ketidaknyamanan, pengaruh tersebut terjadi pada sistem pulmonary, kardiovaskuler, endokrin, dan imunologik. Nyeri akut yang tidak diatasi juga memicu stress yang akan berdampak secara fisiologis yaitu timbulnya infark miokard, infeksi paru, tromboembolisme, ileus paralitik, dan sebagainya. Dampak ini tentunya akan memperlambat kesembuhan pasien.

### **b. Dampak perilaku**

Seseorang yang sedang mengalami nyeri cenderung menunjukkan respon perilaku yang abnormal. Respon vokal orang yang mengalami nyeri biasanya mengaduh, mendengkur, sesak napas hingga menangis. Ekspresi wajah meringis, menggigit jari, membuka mata dan mulut dengan lebar, menutup mata dan mulut, gigi yang bergemeletuk. Gerakan tubuh menunjukkan perasaan gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan, gerakan menggosok dan gerakan melindungi tubuh yang nyeri. Dalam melakukan interaksi social seseorang dengan nyeri menunjukkan karakteristik menghindari percakapan, menghindari kontak social, perhatian menurun, dan fokus hanya pada aktifitas untuk menghilangkan nyeri.



c. Pengaruh terhadap aktifitas sehari-hari

Nyeri dapat membatasi mobilitas pasien pada tingkat tertentu seperti melakukan *personal hygiene*, mandi, berpakaian, mencuci rambut, dan sebagainya.

## 8. Pengalaman nyeri

Meinhart dan McCaffery ( dalam Andarmoyo, 2013) menjabarkan 3 fase pengalaman nyeri diantaranya :

a. Fase antisipasi

Fase ini merupakan fase sebelum nyeri dimana fase dapat dikatakan fase paling penting karena dapat mempengaruhi 2 fase lainnya. Pada fase ini seseorang belajar tentang nyeri, dan upaya untuk menghilangkan nyeri. Pada fase ini perawat berperan dalam memberikan informasi yang adekuat.

b. Fase sensasi

Fase ini merupakan fase ketika pasien merasakan nyeri, toleransi setiap orang terhadap nyeri berbeda-beda sehingga respon terhadap nyeri juga bisa berbeda. Seseorang dengan toleransi nyeri tinggi maka tidak akan merasa nyeri dengan stimulus kecil tetapi seseorang dengan toleransi nyeri rendah akan mengeluh nyeri dari stimulus kecil. Hal ini dipengaruhi oleh kadar *endorphin* yang berbeda-beda dalam tubuh setiap orang. Individu dengan kadar *endorphin* yang tinggi akan sedikit merasakan nyeri dan begitu sebaliknya. Klien mengungkapkan nyeri melalui ekspresi wajah, vokalisasi dan gerakan tubuh. Tanda inilah yang digunakan perawat untuk menilai pola perilaku pasien yang menunjukkan nyeri.

c. Fase akibat/aftermath

Fase ini berlangsung ketika nyeri berkurang atau sudah hilang. Pasien masih memerlukan kontrol perawat untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri yang berulang sebab nyeri bersifat krisis yang memungkinkan adanya gejala sisa pasca nyeri. Jika pasien mengalami nyeri berulang respon akibat (aftermath) bisa menjadi masalah kesehatan yang berat.

## **9. Nyeri akut pada hipertensi**

Hipertensi adalah situasi dimana terjadi peningkatan nilai tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg dan tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Kondisi ini dapat dipicu oleh jantung yang bekerja ekstra memompa darah guna memenuhi kebutuhan nutrisi serta oksigen di seluruh tubuh. Jika diabaikan hipertensi dapat mempengaruhi kinerja organ-organ lain di dalam tubuh sebab hipertensi bukan hanya berpengaruh pada gangguan sistem kardiovaskular tetapi juga dapat memicu penyakit lain seperti penyakit saraf, dan penyakit ginjal. Semakin tinggi tekanan darah seseorang maka akan menimbulkan risiko yang lebih besar (Aspiani, 2014b).

Berikut adalah batasan nilai tekanan darah menurut *Joint Nation Comitten on Detection Evolution and Treatment of High Blood Pressure* yang merupakan badan penulisan hipertensi di Amerika Serikat tahun 1993 dikenal dengan istilah JPC-V (Aspiani, 2014b):

- a. Tekanan darah dikatakan normal jika nilai tekanan sistolik < 130 mmHg dan tekanan diastolik < 85 mmHg
- b. Tekanan darah dalam kategori *high normal* jika nilai tekanan sistolik 130-139 mmHg dan tekanan diastolik 80-85 mmHg
- c. Tekanan darah dikatakan hipertensi ringan jika nilai tekanan sistolik 140-159 mmHg dan tekanan diastolik 90-99 mmHg

- d. Tekanan darah dikatakan hipertensi sedang jika nilai tekanan sistolik 160-179 mmHg dan tekanan diastolik 100-109 mmHg
- e. Tekanan darah dikatakan hipertensi berat jika nilai tekanan sistolik 180-209 mmHg dan tekanan diastolik 110-119 mmHg
- f. Tekanan darah dikatakan mengalami hipertensi maligna atau hipertensi berat jika nilai tekanan sistolik  $\geq 210$  mmHg dan tekanan diastolik  $\geq 120$  mmHg.

Gejala yang dialami oleh penderita hipertensi cenderung tidak sama pada setiap individu bahkan terkadang dapat tidak menimbulkan gejala. Secara umum gejala hipertensi diantaranya sakit kepala dan rasa pegal atau tidak nyaman pada tengkuk (Aspiani, 2014b).

Crown pada tahun 2000 (dalam Aspiani, 2014) menyatakan bahwa sebagian gejala klinis timbul pada orang yang sudah menderita hipertensi bertahun-tahun berupa nyeri kepala.

Gejala sakit kepala pada hipertensi bersifat non spesifik, kerusakan pembuluh darah pada penderita hipertensi tampak pada seluruh pembuluh darah perifer berupa sumbatan (arteriosklerosis) yang mengakibatkan pembuluh darah menyempit sehingga terjadi penurunan pasokan oksigen dan tekanan arteri meningkat. Obstruksi ini menimbulkan mikroinfark jaringan yang paling nyata terjadi di pembuluh darah otak yang memicu metabolisme anaerob yang menghasilkan asam laktat sehingga menstimulasi daerah otak peka terhadap rangsangan nyeri. Selain itu, sumbatan pada pembuluh darah otak menyebabkan resistensi dari pembuluh darah meningkat sehingga terjadi peningkatan tekanan vaskuler serebral dimana aktifitas ini dipengaruhi oleh peningkatan kerja saraf simpatis yang memicu sekresi

hormon epinefrin dan norepinefrin yang menstimulasi nosiseptor di otak maka terjadilah keluhan nyeri kepala bagian belakang(Nurarif & Kusuma, 2015).

Sakit kepala yang terlokalisasi dan terjadi ketika tekanan darah meningkat karena disertai aktivasi saraf simpatis, serta adanya respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal dari pasien dikategorikan sebagai nyeri akut (Andarmoyo, 2013).

## **B. Proses Keperawatan pada Lansia Hipertensi dengan Nyeri Akut**

Proses keperawatan adalah pendekatan keperawatan profesional yang dilakukan untuk mengidentifikasi, mendiagnosis, dan mengatasi respon manusia terhadap kesehatan dan penyakit menurut *American Nursing Association* tahun 2003 (dalam Andarmoyo, 2013).

### **1. Pengkajian Hipertensi**

Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan data, verifikasi serta komunikasi data tentang pasien secara sistematis, fase ini meliputi pengumpulan data dari sumber primer (pasien), sekunder (keluarga pasien, tenaga kesehatan), dan analisis data sebagai dasar perumusan diagnosa keperawatan(Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010).

Pengkajian keperawatan terhadap kasus hipertensi ditinjau dari beberapa sistem tubuh yang terpengaruh oleh sistem kardiovaskular adalah sebagai berikut (Aspiani, 2014b):

- a. Aktivitas / istirahat

Gejala yang dialami dalam beraktivitas dapat berupa kelemahan, napas pendek, letih, dan gaya hidup yang tidak termodifikasi. Tanda yang tampak terhadap gangguan aktivitas adalah frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, serta adanya takipnea.

b. Sirkulasi

Gejala yang dialami dalam sistem sirkulasi adalah adanya riwayat hipertensi dan aterosklerosis, serta episode palpitasi. Tanda adanya gangguan sirkulasi adalah peningkatan tekanan darah, distensi vena jugularis, murmur stenosis valvular, denyutan nadi yang jelas pada karotis, jugularis, radialis, takikardia, pengisian kapiler mungkin lambat/tertunda, kulit pucat, sianosis, dan suhu dingin (vasokonstriksi perifer).

c. Integritas ego

Gejala yang muncul adalah riwayat perubahan kepribadian, faktor stress multiple, dan ansietas. Tanda yang timbul yaitu gelisah, penurunan perhatian, suasana tidak stabil, otot muka tegang, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gejala yang dialami biasanya obstruksi pada ginjal atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu.

e. Makanan / cairan

Gejala dari asupan makanan berupa sering mengonsumsi makanan tinggi garam, kolesterol, dan lemak, mengalami mual, muntah, peningkatan ataupun penurunan berat badan, riwayat penggunaan diuretik. Munculnya tanda seperti edema, berat badan normal atau obesitas, dan glikosuria.

f. Neurosensori

Gejalanya dapat berupa keluhan pusing, sakit kepala berdenyut, dan suboksipital, gangguan penglihatan, epitaksis. Tanda-tanda yang timbul adalah perubahan status mental, orientasi, pola isi bicara, efek, proses pikir, dan penurunan kekuatan genggaman tangan.

g. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejalanya angina dan sakit kepala.

h. Pernapasan

Gejala terganggunya sistem pernapasan adalah dyspnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, dyspnea, ortopnea, dan takipnea, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok. Tandanya adalah distress pernapasan, retraksi otot dada, suara napas crackles/mengi, dan sianosis

i. Keamanan

Gejalanya berupa gangguan koordinasi terkait cara berjalan, hipotensi postural dan berisiko mengalami cedera.

j. Pembelajaran / penyuluhan

Faktor risiko keluarga diantaranya hipertensi, arteriosclerosis, penyakit jantung, dan diabetes mellitus sehingga diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan individu dan keluarga dalam mengatasi penyakit.

**a. Pengkajian Nyeri**

Beberapa aspek yang harus diperhatikan perawat dalam mengkaji nyeri antara lain (Andarmoyo, 2013):

a. Penentuan ada tidaknya nyeri

Hal terpenting yang dilakukan perawat ketika mengkaji adanya nyeri adalah penentuan ada tidaknya nyeripada klien, perawat harus mempercayai ketika pasien

melaporkan adanya ketidaknyamanan (nyeri) meskipun perawat tidak menemukan tanda cedera atau luka dan nyeri yang dilaporkan klien adalah nyata adanya. Adapula pasien yang berbohong mengenai ada tidaknya nyeri karena takut dengan pengobatan.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Nyeri yang dirasakan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti yang telah dijelaskan sebelumnya sehingga penting bagi perawat untuk mempertimbangkan aspek-aspek yang mempengaruhi nyeri pada pasien. Hal ini akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

c. Pengalaman nyeri

Mengetahui pengalaman nyeri pasien akan membantu perawat mengetahui pada fase apa nyeri yang dirasakan pasien dan apakah pasien mengetahui nyeri yang sedang dialaminya. Fase tersebut adalah fase antisipatori, fase sensasi, dan fase akibat (*aftermath*).

d. Ekspresi nyeri

Amati cara verbal dan non verbal pasien dalam mengekspresikan nyeri yang dirasakan. Meringis dan menekuk salah satu bagian tubuh, dan salah satu postur tubuh yang tidak lazim merupakan contoh ekspresi nyeri secara non verbal.

e. Karakteristik nyeri

Untuk membantu pasien menyatakan keluhannya secara lengkap perawat dapat menggunakan pendekatan analisis *symptom* saat pengkajian. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut :

- 1) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri, pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa :
  - a) Apa yang menyebabkan gejala nyeri ?
  - b) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri ?
  - c) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan ?
- 2) Q ( kualitas atau kuantitas ) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :
  - a) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan ?
  - b) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang dirasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas ?
- 3) R ( regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi ) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa :
  - a) Dimana gejala nyeri terasa ?
  - b) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat ?
- 4) S ( skala ) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa :
  - a) Seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10 ?



5) T ( *timing* atau waktu ) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :

- a) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan ?
- b) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap ?
- c) Berapa lama nyeri berlangsung ?
- d) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap ?

Selain metode PQRST di atas dapat pula mengkaji nyeri dengan :

1) Awitan dan durasi

Perawat mengajukan pertanyaan untuk mengetahui awitan dan durasi nyeri. Hal-hal yang perlu ditanyakan ialah (1) kapan nyeri mulai dirasakan ?; (2) sudah berapa lama nyeri mulai dirasakan ?; (3) apakah nyeri yang dirasakan terjadi pada waktu yang sama setiap hari ?; (4) seberapa sering nyeri kembali kambuh ?

2) Lokasi

Untuk mengkaji lokasi nyeri perawat meminta pasien menunjukkan semua daerah tubuh yang merasakan ketidaknyamanan, untuk memperoleh lokasi yang lebih spesifik perawat meminta klien melacak titik-titik yang paling nyeri.

3) Keparahan

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan skala numeric, skala, skala deskriptif, skala analog visual, dan untuk anak-anak dapat digunakan skala Oucher.

4) Kualitas

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

5) Pola nyeri

Disini perawat meminta pasien menyebutkan aktifitas yang data menimbulkan nyeri, perawat juga meminta pasien mendemonstrasikan aktifitas yang menimbulkan nyeri seperti batuk, berubah posisi tubuh dan lain-lain.

6) Tindakan untuk menghilangkan nyeri

Perawat bertanya kepada pasien tindakan apa yang sudah dilakukan sebagai upaya mengurangi/mengatasi nyeri sehingga perawat dapat mengetahui tindakan yang dilakukan dibenarkan atau tidak. Selama tindakan tersebut tidak menimbulkan masalah baru maka dapat dilanjutkan tetapi jika tindakan tersebut menimbulkan masalah maka perawat berhak menghentikan dan menggantinya dengan tindakan yang sesuai dengan ilmu pengetahuan dan pengalaman perawat dalam ilmu keperawatan.

7) Gejala penyerta

Perawat mengkaji apakah ada gejala penyerta yang sering kali menyertai nyeri seperti mual, pusing, keinginan untuk miksi, konstipasi, ataupun gelisah.

8) Respon dan efek nyeri

Perawat mengkaji adanya respon dan efek nyeri meliputi respon fisiologi, perilaku dan pengaruh nyeri terhadap aktifitas sehari-hari.

9) Persepsi terhadap nyeri

Perawat mengkaji bagaimana anggapan pasien terhadap masalah yang dihadapi saat ini dan bagaimana pasien menghubungkan antara nyeri yang dialami dengan proses penyakit atau hal lain dalam diri maupun lingkungan sekitarnya.

10) Mekanisme adaptasi terhadap nyeri

Perawat mengkaji cara apa saja yang digunakan pasien untuk menyikapi nyeri serta bagaimana keefektifan cara tersebut dalam menurunkan nyeri serta apakah

cara tersebut digunakan saat pasien dirawat di rumah sakit. Jika bisa digunakan maka perawat dapat memasukkannya ke dalam intervensi keperawatan.

## **2. Diagnosis keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah respon aktual maupun potensial pasien terhadap masalah kesehatan dimana perawat memiliki kompetensi untuk mengatasinya(Kozier et al., 2010).

Diagnosa keperawatan yang bisa ditegakkan pada penyakit hipertensi ialah sebagai berikut(Aspiani, 2014b):

- a. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral.

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun fungsional dengan waktu yang mendadak atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat yang berlangsung selama 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Menurut (Andarmoyo, 2013) nyeri akut biasanya terjadi mendadak dan terlokalisasi, umumnya nyeri akut dialami pada kondisi sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, pasca pembedahan, pasca persalinan dan lain sebagainya.

- b. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan, dan kebutuhan oksigen.
- c. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi, hipertrofi ventrikel atau rigiditas ventrikuler, iskemia miokard.
- d. Kelebihan volume cairan
- e. Ketidakefektifan koping
- f. Defisiensi pengetahuan

- g. Ansietas
- h. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak
- i. Risiko cedera

### **3. Perencanaan**

Perencanaan adalah proses keperawatan yang sistematis dimana tujuannya berpusat pada masalah kesehatan pasien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan serta intervensi keperawatan dipilih guna mencapai tujuan tersebut (Kozier et al., 2010).

Berikut adalah rangkaian perencanaan keperawatan terhadap masalah keperawatan nyeri akut pada hipertensi (Nurarif & Kusuma, 2015) :

- a. *NOC ( Nursing Outcome Classification )* yang digunakan adalah *pain level, pain control, dan comfort level* dengan kriteria hasil :
  - 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
  - 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
  - 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
  - 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- b. *NIC ( Nursing Intervention Classification )* :
  - 1) *Pain Management*
    - a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan faktor presipitasi.
    - b) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
    - c) Kurangi faktor presipitasi nyeri.

- d) Pilih dan lakukan penanganan nyeri secara farmakologi maupun non farmakologi.
- e) Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi
- f) Tingkatkan istirahat
- g) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

2) *Analgesic Administration*

- a) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.
- b) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi.
- c) Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.
- d) Cek riwayat alergi pasien.
- e) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika terdapat pemberian obat lebih dari satu.
- f) Tentukan rute pemberian dan dan dosis optimal dalam pemberian analgesik.
- g) Observasi nilai vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.
- h) Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.
- i) Evaluasi efektivitas analgesik dari segi tanda dan gejalanya.

Adapun rangkaian perencanaan keperawatan terhadap masalah keperawatan lain yang bisa muncul pada kasus hipertensi adalah sebagai berikut (Nurarif & Kusuma, 2015) :

- c. Penurunan curah jantung

Intervensi yang dilakukan berfokus untuk mengatasi keluhan pada system kardiovaskuler dan system pernapasan dengan label *NOC cardiac pump effectiveness, circulation status, vital sign status.*

d. Intoleransi aktivitas

Intervensi yang dilakukan berfokus pada terapi aktivitas sehingga pasien dapat beraktivitas dimana tanda-tanda vitalnya masih dalam rentang normal. Label NOC yang digunakan adalah *energy conservation, activity tolerance, dan self care ADLs.*

e. Kelebihan volume cairan

Intervensi yang diberikan berfokus pada pengaturan asupan cairan, dan memantau asupan cairan. Label *NOC* yang digunakan adalah *electrolyte and acid balance, fluid balance, dan hydration.*

f. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

Intervensi yang diberikan bertujuan untuk mengelola sensasi yang dirasakan secara perifer dengan label *NOC circulation status dan tissue perfusion : cerebral.*

g. Ketidakefektifan koping

Intervensi dilakukan untuk membantu pasien dalam membuat suatu keputusan, meningkatkan koping yang positif dan meningkatkan peran dalam keluarga maupun masyarakat. Label *NOC* yang digunakan adalah *decision making, role inhancement, social support.*

h. Defisiensi pengetahuan

Intervensi diberikan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien maupun keluarga mengenai proses terjadinya penyakit dan pola hidup yang sehat dengan label *NOC knowledge disease process and health behavior.*

i. Ansietas

Intrvensi diberikan untuk mengurangi tingkat kecemasan dengan label *NOC anxiety level, anxiety self control, dan coping*.

j. Risiko cedera

Intervensi dilakukan berfokus pada pengelolaan lingkungan untuk mencegah terjadinya cedera dengan label *NOC risk control*.

#### **4. Pelaksanaan/implementasi**

Implementasi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan dimana tindakan yang tertuang dalam perencanaan guna mencapai tujuan dalam asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Kozier et al., 2010).

Implementasi dalam mengurangi masalah keperawatan nyeri akut lebih ditekankan pada (Andarmoyo, 2013):

- a. Upaya keperawatan dalam meningkatkan kenyamanan
- b. Upaya pemberian informasi yang akurat
- c. Upaya mempertahankan kesejahteraan
- d. Upaya tindakan meredakan nyeri dengan teknik non farmakologis
- e. Peberian terapi nyeri farmakologis

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi dari proses keperawatan adalah mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan serta kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan yang telah ditentukan (Kozier et al., 2010).

Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah nyeri akut dilakukan dengan menilai kemampuan pasien dalam merespon rangsangan nyeri diantaranya (Andarmoyo, 2013):

- 1) Pasien melaporkan adanya penurunan rasa nyeri
- 2) Pasien mendapatkan pemahaman yang akurat mengenai nyeri
- 3) Mampu mempertahankan kesejahteraan dan meningkatkan kemampuan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki pasien
- 4) Mampu melakukan tindakan-tindakan non farmakologis
- 5) Mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi nyeri.



