

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Nyeri Pada Lansia Hipertensi

##### 1. Lansia

###### a. Definisi lansia

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia yang secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang di derita (Nugroho, 2012)

###### b. Batasan umur lansia

Batasan umur pada lanjut usia (lansia ) menurut organisasi kesehatan dunia dalam buku (Nugroho, 2012)

- 1) Usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun
- 2) Lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun
- 3) Lanjut usia tua (*old*) 75-90 tahun

- 4) Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun

###### c. Proses menua

Menurut (Nugroho, 2012) proses menua diartikan sebagai suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang di derita. Proses menua merupakan suatu proses fisiologis yang berlangsung perlahan-lahan dan efeknya berlainan pada tiap individu. Memasuki usia tua

banyak mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit keriput karena berkurangnya bantalan lemak, gigi mulai ompong, aktivitas menjadi lambat, nafsu makan berkurang dan kondisi yang lain juga mengalami kemunduran.

d. Perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia

Menurut (Nugroho, 2012) ada beberapa perubahan yang terjadi pada lansia yaitu sebagai berikut :

1) Perubahan- perubahan fisik

Perubahan sel , sistem persarafan, sistem pendengaran, sistem penglihatan, sistem kardiovaskuler, sistem pengaturan temperatur tubuh, sistem respirasi, sistem pencernaan, sistem reproduksi, sistem genitourinaria, sistem endokrin, sistem kulit dan sistem muskuloskeletal. Perubahan yang terjadi pada bentuk dan fungsi masing- masing.

2) Perubahan- perubahan mental

Perubahan mental pada lansia berkaitan dengan dua hal yaitu kenangan dan intelegensi. Lansia akan mengingat kenangan masa terdahulu namun sering lupa pada masa yang lalu, sedangkan intelegensi tidak berubah namun terjadi perubahan dalam gaya membayangkan.

3) Perubahan psikososial

Pensiunan di masa lansia mengalami kehilangan financial, kehilangan teman, dan kehilangan pekerjaan, kemudian akan merasa atau sadar terhadap kematian, perubahan cara hidup, penyakit kronik, dan ketidak mampuan, gangguan gizi akibat kehilangan jabatan dan ketegapan fisik yaitu perubahan terdapat pada konsep diri dan gambaran diri.

4) Perkembangan spiritual

Agama dan kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya.

5) Perubahan sistem sensori

Perubahan sistem sensori pada lansia terdiri dari sentuhan, pembauan, perasa, penglihatan, dan pendengaran. Perubahan pada indra pembau dan pengecap dapat mempengaruhi kemampuan lansia dalam mempertahankan nutrisi yang adekuat. Perubahan sensitivitas sentuhan

yang dapat terjadi pada lansia seperti berkurangnya kemampuan neuron sensori yang secara efisien memberikan sinyal deteksi, lokasi dan indentifikasi sentuhan atau tekanan pada kulit.

#### 6) Perubahan pada otak

Penurunan berat otak pada individu biasanya dimulai pada usia 30 tahun. Penurunan berat tersebut awalnya terjadi secara perlahan kemudian semakin cepat. Penurunan berat ini berdampak pada pengurangan ukuran neuron, dimulai dari korteks frontalis yang berperan dalam fungsi memori dan performal kognitif.

#### 7) Perubahan pola tidur

Waktu istirahat (tidur) lansia cenderung lebih sedikit dan jarang bermimpi dibandingkan usia sebelumnya. Lansia cenderung mudah terbangun ketika tidur karena kendala fisik dan juga lebih sensitif terhadap pemaparan cahaya. Gangguan pola tidur yang biasa dialami lansia seperti insomnia.

## **2. Hipertensi**

### a. Definisi hipertensi

Hipertensi adalah suatu dimana tekanan sistolik dan diastolik mengalami kenaikan yang melebihi batas normal yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik lebih kurang 140 mmHg atau tekanan darah diastolik lebih kurang 90mmHg (Murwani, 2008). Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Secara umum, seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140/90 mmHg. Hipertensi juga sering diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg (Ardiansyah, 2012)

e. Klasifikasi

Tabel 1. Klasifikasi derajat hipertensi berdasarkan JPC-V AS

No	Kriteria	Tekanan darah	
		Sistolik	Diastolik
1.	Normal	<130	<85
2.	Perbatasan (high normal)	130-139	85-89
3.	Hipertensi		
	Derajat 1 :ringan	140-159	90-99
	Derajat 2 :sedang	160-179	100-109
	Derajat 3 :berat	180-209	110-119
	Derajat 4 :sangat berat	>210	>120

Sumber : (Aspiani, 2015) dalam buku Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler

f. Etiologi

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) hipertensi esensial (primer) merupakan 90 % dari kasus penderita hipertensi, dimana sampai saat ini belum diketahui penyebabnya secara pasti walaupun sering dikaitkan dengan aktivitas dan pola makan. Sedangkan menurut (Aspiani, 2015) menyatakan penyebab hipertensi pada orang lanjut usia karena terjadi perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah, kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer. Setelah umur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun 1% tiap tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume. Elastisitas pembuluh darah menghilang karena terjadi kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk osigenasi. Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi(Aspiani, 2015), sebagai berikut :

- 1) Generik : respons neurologi terhadap stres atau kelainan ekskresi atau transpor Na.
- 2) Obesitas : terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- 3) Stress karena lingkungan
- 4) Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.

g. Tanda dan gejala

(Aspiani, 2015) menyebutkan gejala umum yang ditimbulkan akibat hipertensi (tekanan darah tinggi) tidak sama pada setiap orang, bahkan terkadang timbul tanpa tanda gejala. Secara umum gejala yang dikeluhkan oleh penderita hipertensi sebagai berikut:

- 1) Sakit kepala
- 2) Rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk
- 3) Perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh
- 4) Berdebar atau detak jantung terasa cepat
- 5) Telinga berdenging yang memerlukan penanganan segera.

Menurut teori (Smeltzer, 2013) klien hipertensi mengalami nyeri kepala sampai tengkuk karena terjadi penyempitan pembuluh darah akibat dari vasokonstriksi pembuluh darah akan menyebabkan peningkatan tekanan *vasculer cerebral*, keadaan tersebut akan menyebabkan nyeri kepala sampai tengkuk pada klien hipertensi.

h. Komplikasi

(Aspiani, 2015) mengatakan bahwa tekanan darah tinggi (hipertensi) jika tidak diobati dan ditangani maka dalam jangka panjang dapat menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh

sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi yang paling sering dipengaruhi hipertensi yaitu :

#### 1) Stroke

Stroke dapat terjadi akibat hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpanjan tekanan darah tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan sehingga aliran darah ke area otak yang diperdarahi berkurang..

#### 2) Infark miokard

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah .pada hipertensi kronis dan hipertrofi vertikal, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertrofi vertikal dapat menyebabkan perubahan waktu hantara listrik melintasi vertikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.

#### 3) Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus ,aliran darah ke nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kemin. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada hipertensi kronis.

#### 4) Ensefalopati

Faktor penyebab hipertensi yaitu:

##### 1. Faktor genetic

Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuro disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.

## 5) Kejang

Kejang dapat terjadi pada waktu preeklamsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama atau sebelum persalinan.

### i. Patofisiologi

Mekanisme vasomotor berlanjutan di pembuluh darah terletak di pusat perantara di medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor di hantarkan dalam bentuk implus yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini neuron pre-ganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Aspiani, 2015)

Pada saat bersamaan ketika sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga merangsang mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresikan epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresikan kortisol dan steroid lainnya, yang dapat

memperkuat respons vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin (Aspiani, 2015)

#### j. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan di bagi ,menjadi dua yaitu :

##### 1) Penatalaksanaan Nonfarmakologi

Menurut (Aspiani, 2015) menyatakan penatalaksanaan non-farmakologi dengan modifikasi gaya hidup sangatlah penting dalam mencegah tekanan darah tinggi. Penatalaksanaan hipertensi dengan non-farmakologis terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah yaitu :

##### a) Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat atau dengan obat- obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan dapat memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri. Beberapa diet yang di anjurkan :

##### (1) Rendah garam

Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi sistem renin – angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang di anjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.

##### (2) Diet tinggi kalium

Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksida nitrat pada dinding vascular.



(3) Diet kaya buah dan sayur

(4) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung coroner.

b) Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas, pada sebagian orang dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup.pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi, penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah.Penurunan berat badan (1kg/minggu) sangat dianjurkan.Penurunan berat badan dengan menggunakan obat-obatan perlu menjadi perhatian khususnya karena obat penurun berat badan yang terjual bebas mengandung simpatomimetik, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah, memperburuk angina atau gejala gagal jantung dan terjadinya eksaserbasi aritmia.

c) Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.Olahraga isotonik dapat juga meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma.Olahraga teratur selama 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arteriosklerosis akibat hipertensi.

d) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol, penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karenan asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

## 2) Penatalaksanaan Farmakologi

### a) Diuretik (Hidroklortiazid)

Mengeluarkan cairan tubuh sehingga volume cairan di tubuh berkurang yang menyebabkan daya pompa jantung menjadi lebih ringan.

### b) Penghambat Simpatetik (Metildopa, Kloninin, dan Reserpin)

Berfungsi untuk menghambat aktivitas saraf simpatis.

### c) Betablocker (Metoprolol, Propanolol dan Atenolol)

Berfungsi untuk menurunkan daya pompa jantung.

### d) Vasodilator (Prasosin, Hidralasin)

Bekerja langsung ke pembuluh darah dengan relaksasi otot polos pembuluh darah.

### e) ACE Inhibitor (Captopril)

Berfungsi untuk menghambat pembentukan zat Angiotensin II.

### f) Penghambat Reseptor Angiotensin II (Valsartan)

Menghalangi penempelan zat Angiotensin II pada reseptor sehingga memperingan daya pompa jantung.

### g) Antagonis Kalsium (Diltiazem dan Verapamil)

Menghambat kontraksi jantung (kontraksitas otot jantung).

## 3. Nyeri

### a. Definisi nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan yang bersifat sangat subyektif, karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya dan hanya orang tersebut yang bisa menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialami.

Nyeri muncul atau datangnya sangat berkaitan erat dengan reseptor dan rangsangan. Reseptor

nyeri adalah nociceptor yang merupakan ujung-ujung saraf (sinaps) sangat bebas yang memiliki sedikit mielin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kantong empedu (Rochimah, 2011)

#### k. Jenis-jenis nyeri

Menurut (Rochimah, 2011) nyeri secara umum dibagi menjadi dua yaitu :

##### 1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi enam bulan, serta ditandai dengan adanya peningkatan tekanan otot.

##### 2) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri akut adalah nyeri terminal, sindrom nyeri akut dan nyeri psikosomatis.

#### l. Tanda dan gejala nyeri akut

Menurut (PPNI, 2016) dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia tanda dan gejala nyeri akut dibagi menjadi dua yaitu:

##### 1) Tanda dan gejala mayor

###### a) Subyektif

Klien mengeluh nyeri

###### b) Objektif

Klien tampak meringis, klien bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), klien tampak gelisah, frekuensi nadi klien meningkat, sulit tidur.

2) Tanda dan gejala minor

a) Subjektif :-

b) Objektif

Tekanan darah klien meningkat, pola nafas klien berubah, nafsu makan klien berubah, proses berpikir terganggu.

m. Penyebab nyeri akut

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan (PPNI, 2016) penyebab dari nyeri akut adalah

1) Agen pencederaan fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma)

2) Agen pencederaan kimiawi (misalnya terbakar bahan kimia iritan)

3) Agen pencederaan fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

n. Cara-cara mengurangi nyeri

Berdasarkan buku Ilmu Keperawatan Dasar menurut (Wahit Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) ada beberapa cara mengurangi nyeri:

1) Melakukan teknik distraksi

Melakukan teknik distraksi disini yaitu dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal yang lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Distraksi merupakan mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain sehingga dapat menurunkan kewaspadaan terhadap

nyeri, bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik distraksi dapat nyeri berdasarkan teori aktivitas retikular, yaitu menghambat stimulus nyeri sehingga menyebabkan terhambatnya implus nyeri ke otak (nyeri berkurang atau dirasakan oleh klien). Contoh teknik distraksi yaitu mendengarkan musik, menonton TV, membayangkan hal-hal yang indah sambil menutup mata.

## 2) Melakukan teknik relaksasi

Melakukan teknik relaksasi metode ini efektif untuk mengurangi rasa nyeri. Relaksasi yang sempurna dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga dapat mencegah menghebatnya stimulasi nyeri. Jika seseorang melakukan relaksasi, puncaknya adalah fisik yang segar dan otak yang siap menyala lagi.

## 3) Melakukan pemijatan (masase)

Melakukan pemijatan (masase) yang bertujuan untuk menstimulasi serabut-serabut yang mentransmisikan sensasi tidak nyeri memblok atau menurunkan transisi, implus nyeri. Masase merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase tidak spesifik menstimulasi reseptor yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem control desenden. Masase dapat membuat klien lebih nyaman karena masase membuat relaksasi otot.

### o. Dampak nyeri

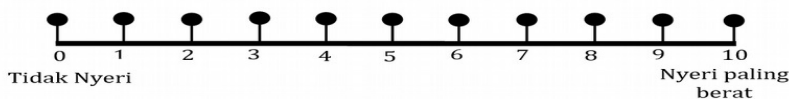
Dampak dari nyeri terhadap hal-hal yang lebih spesifik seperti pola tidur terganggu, selera makan berkurang, aktivitas keseharian terganggu, hubungan dengan sesama manusia lebih mudah tersinggung, atau bahkan terhadap mood (sering menangis dan marah), kesulitan berkonsentrasi pada pekerjaan atau pembicaraan dan sebagainya (Setiyohadi, Sumariyono, Kasjmir, Isbagio, & Kalim, 2006)

p. Penilaian Nyeri

Penilaian nyeri merupakan elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keterampilan pasien digunakan untuk menilai derajat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai sedini mungkin selama pasien dapat berkomunikasi dan menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat menggunakan beberapa skala yaitu (W. I. Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

1) Skala Nyeri Deskriptif

Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal / *Verbal Descriptor Scale* (VDS) merupakan garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tak tertahankan”, dan pasien diminta untuk menunjukkan keadaan yang sesuai dengan keadaan nyeri saat ini (W. I. Mubarak et al., 2015).

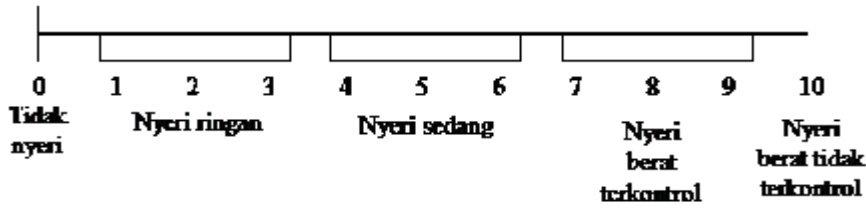


Sumber : (W. I. Mubarak et al., 2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Gambar 1. Skala Nyeri Deskriptif

2) *Numerical Rating Scale* (NRS) (Skala numerik angka)

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0 — 10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunnya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan (W. I. Mubarak et al., 2015).



Sumber : (W. I. Mubarak et al., 2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Gambar 2. Skala Nyeri *Numerical Rating Scale*

### 3) *Faces Scale* (Skala Wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjuk gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan untuk pediatri, tetapi juga dapat digunakan pada geriatri dengan gangguan kognitif (W. I. Mubarak et al., 2015).



Sumber : (W. I. Mubarak et al., 2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Gambar 3. Wong Baker *Faces Scale*

## A. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Disini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien saat ini. Pengkajian harus dilakukan

secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual klien (Asmadi, 2008).

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) yang harus dikaji pada klien hipertensi yaitu :

a. Data biografi

Nama, alamat, umur, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit , nama penanggung jawab dan catatan kedatangan.

b. Riwayat kesehatan:

1) Keluhan utama

Alasan utama klien datang kerumah sakit atau pelayana kesehatan.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan klien yang dirasakan saat melakukan pengkajian.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan terdahulu biasanya penyakit hipertensi adalah penyakit yang sudah lama dialami oleh klien dan biasanya dilakukan pengkajian tentang riwayat minum obat klien.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga adalah mengkaji riwayat keluarga apakah ada yang menderita penyakit yang sama.

c. Data dasar pengkajian

1) Aktivitas / istirahat

Gejala : Kelemahan ,letih, napas pendek, gaya hidup monoton

Tanda :Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea

2) Sirkulasi

Gejala :Riwayat hipertensi , aterosklerosis, penyakit jantung coroner, penyakit serebrovaskuler

Tanda : Kenaikan TD, hipotensi postural, takhikardi, perubahan warna kulit, suhu dingin

3) Integritas ego

Gejala : Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, faktor stress multiple

Tanda :Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan continue perhatian, tangisan yang meledak,

otot muka tegang, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara

4) Eliminasi

Gejala : Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu

5) Makan /cairan



Gejala : makanan yang disukai yang dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kolesterol

Tanda :BB normal atau obesitas

6) Neurosensori

Gejala : Keluhan pusing/pening , sakit kepala, berdenyut sakit kepala, berdenyut gangguan penglihatan, episode epistaksis

Tanda : perubahan orientas, penurunan kekuatan genggaman, perubahan retinal optic

7) Nyeri / ketidaknyamanan

Data didapatkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Anamnesis untuk mengkaji karakteristik nyeri yang di gunakan oleh klien dengan pendekatan PQRST.*Provokatif/ paliatif*, yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri, *quality* yaitu kualitas dari nyeri seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat, *regional* yaitu daerah penjalar nyeri, *severity* adalah keparahan atau intensitas nyeri, dan *time* adalah lama atau waktu serangan atau frekuensi nyeri ( wahit iqbal Mubarak et al., 2015)

8) Pernapasan

Gejala dispnea yang berkaitan dengan aktivitas, takipnea, ortopnea, dispnea, nocturnal proksimal, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok  
Tanda : distress respirasi/penggunaan otot aksesoris pernafasaan, bunyi nafas tambahan, sianosis.

Pada klien dengan nyeri akut, perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang sudah tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI,

2016) yaitu:

1) Tanda dan gejala mayor

a) Subyektif

Klien mengeluh nyeri

b) Obyektif

Tampak meringis, bersikap protektif ( misalnya, posisi menghindari nyeri,waspada),

gelisah, frekuensi meningkat, sulit tidur.

2) Tanda dan gejala minor

a) Subyektif :-

b) Obyektif

Tekanan darah meningkat, pola napas meningkat, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri

#### **4. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien, baik aktual ataupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian. Pernyataan diagnose keperawatan harus jelas, singkat dan lugas terkait masalah kesehatan klien berikut penyebabnya yang dapat diatasi melalui tindakan keperawatan (Asmadi, 2008).

Diagnosa keperawatan menurut (PPNI, 2016) dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia yaitu Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral

#### **5. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk klien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal (Asmadi, 2008)

Tujuan dan kriteria hasil menurut Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2013) adalah sebagai berikut:

a. Tujuan dan kriteria hasil

1) NOC (*Nursing Outcome Classification*)

a) Kontrol nyeri

Kontrol nyeri adalah tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri.

b) Tingkat nyeri

Tingkat nyeri adalah keperawatan dari nyeri yang diamati atau dilaporkan

2) Kriteria hasil:

- a) Mengenali kapan nyeri terjadi
- b) Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik
- c) Menggunakan analgesik yang di rekomendasikan
- d) Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional kesehatan
- e) Melaporkan nyeri yang terkontrol
- f) Nyeri yang dilaporkan

b. Intervensi

Intervensi keperawatan menurut Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner (2013) adalah sebagai berikut:

1) NIC (*Nursing Intervention Classification*)

a). Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensasi dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association For the Study of Pain) awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.

(1) Akupresure

Akupresure merupakan aplikasi dari tekanan yang tegas dan terus menerus pada lokasi khususnya pada area tubuh tertentu untuk menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi dan mencegah atau menurunkan mual.

(2) Pemberian obat : oral

Pemberian obat oral adalah menyiapkan dan memberikan obat melalui mulut.

(3) Manajemen nyeri

Manajemen nyeri adalah pengurang atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh klien

(4) Manajemen lingkungan

Manajemen lingkungan adalah manipulasi lingkungan klien untuk kepentingan terapi, daya tarik sensorik, dan kesejahteraan psikologis.

(5) Monitor tanda-tanda vital

Monitor tanda-tanda vital adalah pengumpulan dan analisis data kardiovaskuler, pernapasan, dan suhu tubuh untuk menentukan dan mencegah komplikasi.

(6) Peningkatan latihan: peregangan

Peningkatan latihan peregangan adalah fasilitas latihan otot pelan-regang-tahan (*slow-stretch-hold*) yang sistematis untuk menimbulkan relaksasi, mempersiapkan otot/sendi-sendi untuk latihan yang lebih berat, atau untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas tubuh.

(7) Berikan informasi mengenai nyeri.

(8) Evaluasi pengurangan nyeri

## **6. Implementasi**

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Implementasi merupakan fase ketika perawat mengimplementasikan intervensin keperawatan, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi ( program keperawatan). Perawat melaksanakan dan mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun pada tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut.(Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010)

## **7. Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008).Evaluasi yang diharapkan dapat dicapai pada klien hipertensi dengan nyeri akut sebagai berikut :

- a. Mengenali kapan nyeri terjadi
- b. Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik

- c. Menggunakan analgesik yang di rekomendasikan
- d. Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional kesehatan
- e. Melaporkan nyeri yang terkontrol