

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai kenaikan tekanan darah sistolik melebihi 140 mmHg dan tekanan darah diastolik melebihi 90 mmHg, dalam 2 kali pengukuran dengan jeda 5 menit dalam kondisi tenang atau istirahat yang cukup. Jika tidak diobati dan dicegah secara cepat hipertensi kronis bisa membahayakan kerusakan jantung (arteri koroner), otak (stroke), dan penyakit ginjal (gagal ginjal). Tekanan darah tidak terkontrol banyak dialami penderita hipertensi dan jumlahnya terus mengalami kenaikan (Kemenkes.RI, 2014).

2. Klasifikasi Hipertensi

Hipertensi bisa dibedakan menjadi 2 macam, yaitu hipertensi primer mencakup 90% kejadian tekanan darah tinggi yang pemicunya belum pasti ditemukan dan hipertensi sekunder mencakup 10% masalah diakibatkan oleh pada ginjal (Kemenkes RI, 2020).

Tabel 1
Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi	TD Sistolik (mmHg)		TD Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	dan	<80
Normal	120-129	dan/atau	80-84
Normal tinggi	130-139	dan/atau	85-89
Hipertensi derajat 1	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	dan/atau	100-109

Klasifikasi	TD Sistolik (mmHg)		TD Diastolik (mmHg)
Hipertensi derajat 3	≥ 180	dan/atau	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	dan	< 90

Sumber: Williams B, Mancina G, Spiering W, Agabiti RE, Azizi M, B. M. (2018).

3. Penyebab Hipertensi

Hipertensi berdasarkan pemicunya dibedakan menjadi 2 jenis menurut (Musakkar & Djafar, 2020) antara lain.

- a. Hipertensi yang kemungkinan besar penyebabnya belum pasti diketahui dikenal dengan hipertensi primer atau esensial. Terdapat 10% sampai 16% orang muda menderita hipertensi.
- b. Hipertensi yang sudah diketahui penyebabnya dikenal dengan Hipertensi sekunder. Presentase tekanan darah tinggi ini tergolong sedikit yaitu berkisar 10%.

Adapun faktor pemicu dari tekanan darah tinggi sebagai berikut:

1) Genetik

Masalah genetik ini tidak mungkin dikontrol. Jika individu orang tuanya menderita hipertensi, maka anaknya juga akan menderita tekanan darah tinggi.

2) Usia

Faktor usia juga tidak dapat dikontrol. Tekanan darah individu akan naik seiring umur bertambah.

3) Garam

Individu dapat mengendalikan faktor ini. Pada beberapa individu seperti penderita diabetes millitus, penderita hipertensi tingkat ringan, lansia, dan seseorang yang berkulit hitam akan terjadi peningkatan tekanan darah dengan cepat.

4) Kolesterol

Kolesterol ini dapat dikendalikan. Penumpukan kolesterol di dinding pembuluh darah diakibatkan dari tingginya kandungan lemak pada darah. Pembuluh darah akan menyempit sehingga meningkatkan tekanan darah dengan cepat.

5) Obesitas

Masalah obesitas ini dapat dikontrol. seorang yang mempunyai berat tubuh lebih 30% daripada berat badan optimalnya maka peluang besar mengalami hipertensi.

6) Stress

Faktor ini dapat dikontrol. Stress maupun keadaan emosional yang tidak konsisten juga mampu menyebabkan hipertensi.

7) Rokok

Seseorang dapat mengendalikan faktor ini. Faktor resiko diabetes, stroke, dan serangan jantung dapat meningkat karena merokok.

8) Kafein

Faktor ini dapat dikontrol. Minuman dengan asupan kafein seperti kopi dan minuman soda dapat meningkatkan hipertensi, oleh karena itu bagi penderita hipertensi sebaiknya mengurangi asupan minuman yang mengandung kafein.

9) Alkohol

Masalah ini dapat dikontrol. Konsumsi alkohol secara terus-menerus juga mampu meningkatkan tekanan darah.

10) Kurangnya olahraga

Masalah ini bisa dikontrol. Hipertensi juga bisa disebabkan oleh kurangnya aktivitas dan olahraga.

4. Patofisiologi Hipertensi

Sistem yang memantau penyempitan dan relaksasi di nadi yang bertepatan di pusat vasomotor pada medulla otak. Berjalan ke bawah, jalur saraf simpatis dimulai di otak vasomotor. sumsum tulang belakang menuju perut dan dada. Impuls yang berjalan dari sistem saraf simpatik ke kelenjar simpatis di bawahnya digunakan untuk merangsang pusat vasomotor. Setelah pelepasan asetilkolin oleh neuron pra-ganglionik, serabut saraf pasca ganglionik dirangsang pada nadi, dimana pelepasan norepinefrin menyebabkan pembuluh darah akan menjadi menyempit.

Reaktivitas pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor, termasuk ketakutan dan kecemasan. Mekanisme dibalik tingginya sensitivitas pasien hipertensi terhadap norepinefrin belum diketahui. Hal ini merangsang kelenjar adrenal, yang menghasilkan peningkatan tindakan vasokonstriksi. Vasokonstriksi disebabkan oleh sekresi epinefrin oleh medula adrenal. Korteks adrenal mengeluarkan kortisol dan hormon lain yang mempunyai kemampuan untuk menaikkan respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi mengecilkan aliran darah ke ginjal dan menguraikan renin. Renin yang diuraikan mempunyai kapasitas untuk memulai sintesis angiotensin I, setelah itu diganti dengan angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat yang mengakibatkan korteks adrenal melepas aldosteron. Tubulus ginjal memperlambat lebih banyak air dan garam akibat hormon ini, yang meningkatkan volume intravaskular. Faktor-faktor tersebut dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi (Astutik & Mariyam, 2021).

5. Tanda dan Gejala Hipertensi

Gejala dan indikator tekanan darah tinggi menurut (Astutik & Mariyam, 2021) mayoritas penderita hipertensi tidak memicu gejala apapun, namun secara tidak diduga. Adapun gejala sering muncul secara bersamaan dan berkaitan dengan hipertensi. Gejala hipertensi yang dimaksud meliputi sakit kepala (migrain), pendarahan yang terjadi pada hidung, mengalami pusing, wajah tampak kemerahan, dan lelah juga bisa berlaku pada orang yang mempunyai tekanan darah normal maupun penderita hipertensi.

Jika pasien menderita hipertensi berat atau memiliki riwayat hipertensi berkepanjangan yang tidak diobati, maka akan timbul gejala seperti:

- a. Sakit kepala atau migrain
- b. Merasa lelah
- c. Mual dan muntah
- d. Sesak
- e. Gelisah
- f. Gangguan penglihatan akibat kerusakan pada ginjal, otak, dan iskemik.

6. Komplikasi Hipertensi

Komplikasi yang berhubungan dengan hipertensi menurut (Musakkar & Djafar, 2020) antara lain.

- a. Penyempitan pembuluh darah pada mata akibat penumpukan kolesterol dapat mengakibatkan retinopati dan penglihatan kabur.
- b. Vasokonstriksi pembuluh darah dalam jangka panjang di jantung dapat melemahkan jantung, menyebabkan nyeri, atau mungkin mengakibatkan kematian jantung mendadak.

- c. Penurunan aliran pembuluh darah ke ginjal dapat menyebabkan penumpukan produk sampah yang berlebihan, yang dapat menyebabkan penyakit ginjal.
- d. Pada otak apabila berkurang oksigen dan aliran darah bisa menyebabkan pusing, jika penyempitan pembuluh darah sudah parah maka menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak (*stroke*).

7. Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu pengobatan farmakologi dan non farmakologi.

a. Pengobatan farmakologi

Menurut (Nuraini, 2015) pengobatan farmakologi khususnya obat antihipertensi yang telah di anjurkan oleh JNC VII seperti diuretika, seperti jenis *thiazide* (thiaz) atau aldosteron antagonis, *beta blocker*, *calcium channel blocker* atau *calcium antagonist*, *angiotensin converting enzyme inhibitor* (ACEI), penghambat reseptor angiotensin II atau ATI receptor antagonist/ blocker (ARB) *diuretic tiazid* (misalnya *bendroflumetiazid*). Obat yang dipergunakan untuk menyembuhkan tekanan darah tinggi antara lain.

- 1) Beta-bloker (seperti propranolol dan atenolol),
- 2) Penghambat enzim pengonversi angiotensin (seperti captopril dan enalapril),
- 3) Antagonis angiotensin II (seperti candesartan dan losartan),
- 4) *Calcium channel blocker* (seperti *amlodipine*, *nifedipin*) dan
- 5) *Alpha-blocker* (seperti doksasozin).

b. Pengobatan non farmakologi

Menurut (Iqbal & Handayani, 2022) menyatakan pengobatan non farmakologi disertai modifikasi gaya hidup meliputi hal-hal berikut.

- 1) Penurunan berat badan
- 2) Berolahraga
- 3) Makan makanan rendah garam
- 4) Konsumsi lebih banyak kalium, kalsium, dan magnesium
- 5) kurangi konsumsi alcohol dan asupan rokok
- 6) Mengurangi mengkonsumsi minuman yang mengandung kafein

Selain menurunkan rasa nyeri pengobatan non farmakologis misalnya pemberian terapi relaksasi nafas dalam juga dapat menurunkan tekanan darah. Tujuan dari teknik relaksasi ini yaitu untuk membantu pasien hipertensi dalam mengurangi rasa tegang dan cemas dengan mengajarkan mereka cara mengendurkan otot-otot tubuh setiap saat, menurut keinginannya (Falo dkk., 2023).

B. Konsep Lansia

1. Definisi lansia

Berdasarkan UU RI Nomor 13 Tahun 1998 mengenai Kesejahteraan Lanjut Usia (lansia). Lanjut usia didefinisikan sebagai individu yang sudah berumur 60 tahun atau lebih dan tidak dapat menghidupi kebutuhan dirinya sendiri secara finansial. Proses menjadi lansia melibatkan penurunan kemampuan jaringan secara bertahap, gejala yang berkaitan dengan penuaan antara lain penurunan daya ingat, timbulnya uban, kerutan pada kulit dengan otot yang tertekuk, peningkatan kepekaan emosi, serta berkurangnya pendengaran dan penglihatan (Yaslina dkk., 2021).

2. Klasifikasi lansia

Orang lanjut usia dikategorikan berdasarkan tingkat usia menurut WHO antara lain.

- a. Usia pertengahan (middle age) : 45-59 tahun,
- b. Usia lanjut (elderly) : 60-70 tahun,
- c. Usia lanjut (old) : 75-90 tahun,
- d. Usia sangat tua (very old) : 90 tahun atau lebih.

3. Perubahan-perubahan pada lansia

Manusia mengalami proses penuaan degeneratif seiring bertambahnya usia, yang biasanya mempengaruhi perubahan pada jiwa atau diri manusia, selain perubahan fisik, terdapat perubahan kognitif, emosional, sosial, dan seksual (Yaslina dkk., 2021).

a. Perubahan fisik

Seiring bertambahnya usia beberapa sistem tubuh kita akan mengalami perubahan, antara lain:

- 1) Sistem Indra Pendengaran : Prebiakusis (gangguan sistem pendengaran) yang ditimbulkan oleh penurunan kapasitas pendengaran pada telinga bagian dalam, apalagi pada suara atau nada tinggi, suara yang samar, dan kesulitan memahami perkataan. Terdapat 50% kasus dialami oleh individu yang berusia 60 tahun lebih.
- 2) Sistem intergumen: Kulit akan terjadi kering, kendur, tidak lentur, atrofi serta keriput sering terjadi pada orang lanjut usia. Kulit akan menjadi tipis dan tampak berbercak akibat kekurangan cairan. Pigmen coklat yang dikenal sebagai liver

spot terjadi pada kulit akibat atrofi glandula sebacea dan glandula sudoriteria yang menyebabkan kulit kering.

b. Perubahan Fungsi Kognitif

Perubahan kognitif sering terjadi pada orang lanjut usia, tidak terbatas pada lanjut usia saja namun generasi muda sering mengalaminya. Kehilangan ingatan juga salah satu jenis gangguan kognitif yang umum menyerang lansia.

c. Perubahan Psikososial

Beberapa orang akan mengalami hal ini karena berbagai masalah dalam hidup atau seiring bertambahnya usia seperti:

1) Kesepian

Kematian pasangan atau teman dekat dapat membuat lansia merasa kesepian, apalagi jika lanjut usia mengalami penurunan pada kesehatan karena gangguan fisik yang parah, masalah mobilitas, atau masalah sensorik khususnya gangguan pada pendengaran.

2) Gangguan yang berhubungan dengan kecemasan

Ada berbagai kategori gangguan kecemasan seperti: panik, gangguan stres traumatis, fobia, gangguan kecemasan umum, serta penyakit obsesif-kompulsif. Gangguan ini diakibatkan oleh masa dewasa muda dan berkaitan dengan depresi, kondisi fisik, reaksi obat yang merugikan, atau penghentian obat secara tiba-tiba.

C. Konsep Terapi Relaksasi Nafas Dalam

1. Definisi terapi relaksasi nafas dalam

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada perut dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, serta nyaman dengan cara pejamkan mata saat menarik nafas dan mengeluarkan nafas dari mulut. Akibat terapi ini yaitu pengalihan perhatian atau distraksi (Hartanti, 2016). Mekanisme relaksasi nafas dalam untuk sistem pernafasan adalah keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan yang terjadi 6 sampai 10 kali permenit sehingga menyebabkan terjadinya kenaikan ketegangan kardiopulmonari. Dibandingkan dengan terapi non-farmakologis lainnya, terapi relaksasi pernafasan dalam relatif mudah dilakukan sendiri, tidak memakan banyak waktu, dan dapat membantu pasien dengan tekanan darah tinggi mengalami lebih sedikit efek samping dari terapi farmakologi (Octaviani, 2018).

2. Tujuan terapi relaksasi nafas dalam

Terapi Relaksasi nafas dalam mempunyai tujuan yaitu pereda rasa nyeri, meningkatkan inflasi alveolar yang maksimal, pengendalian gas menjadi efisien, meningkatkan relaksasi otot, penghilang rasa ansietas atau kecemasan, menghilangkan pola kerja otot pernafasan yang berlebihan, memperlambat gelombang pernafasan, penurunan udara yang terkurung serta penurunan aktivitas saat bernafas (Adawiah & Yanto, 2021).

3. Manfaat terapi relaksasi nafas dalam

Menurut Wardani (2015), adapun manfaat terapi relaksasi nafas dalam sebagai berikut:

- a. Ketentraman pada hati

- b. Penurunan kecemasan, kegelisahan, dan kekhawatiran
- c. Penurunan ketegangan otot dan tekanan darah tinggi
- d. Penurunan detak jantung
- e. Peningkatan rasa percaya diri
- f. Peningkatan kesehatan mental

4. Dampak terapi relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien hipertensi

Teknik nafas dalam mampu meredakan sakit kepala menggunakan metode mengendurkan otot sekreteri yang mengalami spasme diakibatkan oleh kenaikan prostaglandin hingga mengakibatkan vasodilatasi pembuluh darah ke otak serta kenaikan aliran darah pada otak lalu bergerak ke daerah yang terjadi iskemik dan spasme, Tubuh dapat dirangsang untuk melepaskan endorfin endogen dan enkephalin opioid dengan teknik relaksasi pernapasan dalam. Tubuh manusia dapat merasakan efek pereda nyeri ketika reseptor opioid diaktivasi (Saputri dkk., 2022).

5. Prosedur Tindakan terapi relaksasi nafas dalam

Menurut (Wardani, 2015), teknik relaksasi nafas dalam terdiri dari beberapa langkah sebagai berikut:

- a. Baik klien duduk atau berdiri, ubah posisinya hingga mereka merasa rileks dan tidak membawa beban tambahan. Jika pasien pilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi ranjang atau duduk tegak di kursi. Sikap yang bisa dilakukan yaitu semifowler, rebahan di ranjang dengan bantal menopang punggung.
- b. Suruh pasien menarik napas dalam agar rongga paru terisi udara.
- c. Mengarahkan pasien menghembuskan udara secara perlahan agar udara keluar

dari seluruh bagian tubuh, minta pasien untuk memfokuskan pikiran pada hal-hal yang indah agar merasa lega.

- d. Mengarahkan kepada pasien untuk bernafas seperti biasa selama kurun waktu 1 hingga 2 menit.
- e. Mengarahkan pasien untuk menarik nafas dalam kembali, lalu hembuskan nafas perlahan dan merasakan udara bergerak ke seluruh tubuh dari tangan sampai kaki, dan mengarah ke paru-paru, begitu juga seterusnya.
- f. Arahkan perhatian pasien pada kaki dan tangan mereka, minta pasien merasakan kehangatan dari hawa yang keluar lalu rasakan ke luar dari ujung jari tangan dan jari kaki.
- g. Mengarahkan pasien untuk mencoba metode ini jika rasa nyeri datang kembali.
- h. Sesudah pasien merasakan rileks dan nyaman, anjurkan pasien untuk melakukan secara mandiri teknik ini.
- i. Lakukan ulang latihan pernafasan dalam ini 3 hingga 5 kali sehari dengan kurun waktu 5 hingga 10 menit.

D. Konsep Nyeri

1. Definisi nyeri

Menurut *Harold* diterima oleh *International Association for the Study of Pain* (IASP), nyeri didefinisikan peristiwa emosional serta sensorik yang tidak nyaman rangsangan berkaitan pada gangguan jaringan. Konsep lama mengemukakan bahwa reaksi nyeri hanya bertumpu pada jalur nyeri dan jumlah stimulus sehingga menyebabkan nyeri memiliki dampak terbatas pada intensitasnya (Suwondo dkk, 2017).

Nyeri didefinisikan cara tubuh menggunakan rasa sakit sebagai sistem alami untuk mengingatkan kita akan bahaya dan menyarankan kita untuk tidak melaksanakan hal-hal yang dapat menyakiti kita, cara ini dapat mempertahankan kita dari sesuatu yang bahaya. Rasa nyeri merupakan rasa tidak nyaman yang dialami oleh semua orang. Meskipun rasa sakit bersifat subyektif dan individual, tapi rasa sakit dapat berfungsi sebagai peringatan akan bahaya yang nyata atau yang dibayangkan (Suwondo dkk, 2017).

2. Klasifikasi nyeri

Nyeri dikategorikan berdasarkan durasi, penyebab, dan intensitasnya. Mengklasifikasikan nyeri sering kali diperlukan untuk memilih pengobatan yang terbaik (Suwondo dkk, 2017).

a. Berdasarkan durasi (waktu terjadinya)

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang dirasakan orang berlangsung antara beberapa detik hingga 6 bulan. Nyeri akut sering terjadi secara mendadak, biasanya dikaitkan dengan cedera spesifik, tidak berlangsung lama jika mengalami kerusakan dan tidak ada penyakit sistemik, nyeri ini biasanya mereda seiring reaksi pemulihan tubuh. Menurut beberapa penelitian lain menyatakan nyeri akut berlangsung kurang dari 12 minggu. Nyeri sub akut berlangsung selama 6 sampai 12 minggu. Sedangkan nyeri kronis berlangsung lebih dari 12 minggu.

2) Nyeri kronis

Proses terjadinya nyeri selama 6 bulan lebih disebut nyeri kronis. Nyeri kronis dapat menjadi intermiten atau konstan seiring berjalannya waktu. Nyeri kronis ini biasanya tidak memberikan dampak pada pengobatan yang diberikan untuk mengatasi pemicunya. Nyeri ini tidak memiliki tanda dan gejala yang jelas dan sulit untuk ditangani.

b. Berdasarkan etiologi (penyebab timbulnya nyeri)

1) Nyeri Nosiseptik

Nyeri nosiseptik disebabkan oleh rangsangan mekanis ke nosiseptor. Nosiseptor adalah saraf aferen primer yang bertanggung jawab untuk memperoleh dan mentransmisikan rangsangan nyeri. Ujung saraf bebas nosiseptor berguna sebagai saraf yang responsif pada rangsangan mekanis, kimia, listrik, suhu yang memicu nyeri. Nosiseptor berada pada jaringan subkutis, otot rangka, sakit kepala, dan persendian.

2) Nyeri Neuropatik

Nyeri yang diakibatkan adanya kegagalan pada sistem saraf merupakan nyeri neuropatik. Nyeri ini bersifat kronis dan tidak mudah untuk ditangani. Contoh jenis nyeri yang sering ditemukan pada praktik adalah nyeri neuropatik terkait diabetes dan nyeri pasca herpes.

3) Nyeri Inflamatorik

Nyeri inflamatorik didefinisikan nyeri yang diakibatkan karena reaksi peradangan. Nyeri ini biasanya dapat dikategorikan sebagai nyeri nosiseptif. Salah satu jenis yang sering dialami pada praktik lapangan yaitu osteoarthritis.

4) Nyeri Campuran

Nyeri campuran didefinisikan nyeri yang belum diketahui penyebabnya baik nosiseptif maupun neuropatik atau rasa sakit yang muncul dari dampak rangsangan nosiseptor maupun neuropatik. Salah satunya jenis yang sering dialami adalah skiatika terkait saraf terjepit dan nyeri punggung bawah.

c. Berdasarkan intensitasnya (berat ringannya)

1) Tidak ada rasa nyeri

Suatu keadaan orang yang tidak memperlumahkan adanya rasa sakit sering dikenal dengan orang yang terbebas dari rasa nyeri.

2) Nyeri dengan intensitas ringan

Seseorang yang mengalami sedikit rasa nyeri. Seseorang dengan nyeri ringan masih mampu menjalankan tugas seperti biasa, berkomunikasi dengan baik, serta tidak terhalangi aktivitasnya.

3) Nyeri dengan intensitas sedang

Rasa nyeri yang dialami seseorang dengan intensitas yang lebih parah. Biasanya dimulai dengan reaksi nyeri sedang dan mengganggu seseorang dalam beraktivitas sehari-hari.

4) Nyeri dengan intensitas berat

Nyeri berat didefinisikan nyeri yang dialami parah oleh klien dan menghalangi seseorang mengerjakan pekerjaan sehari-harinya, bahkan menyebabkan gangguan mental seperti marah dan kehilangan kendali.

d. Berdasarkan lokasi atau tempatnya

1) Nyeri somatik

Nyeri yang disebabkan oleh rangsangan nosiseptor baik superfisial maupun profunda disebut nyeri somatik. Nyeri somatik superfisial didefinisikan nyeri yang muncul akibat rangsangan nosiseptor pada kulit, jaringan subkutan dan mukosa yang mendasarinya. Hal ini ditandai dengan sensasi atau perasaan yang berdenyut, panas atau tertusuk-tusuk, dan Hal ini mungkin berkaitan dengan hiperalgesia dan nyeri yang pemicunya dari rangsangan yang secara normal tidak menyebabkan nyeri (seperti allodynia). Jenis nyeri ini biasanya bersifat konsisten dan persisten. Sayatan, laserasi, dan luka bakar pada permukaan biasanya menyebabkan nyeri superfisial.

2) Nyeri visceral

Rasa sakit akibat cedera pada tubuh yang mempunyai saraf simpatis disebut nyeri visceral. Nyeri ini disebabkan distensi abnormal atau kontraksi pada dinding otot polos, putusanya kapsul yang membungkus suatu organ (misalnya hati), iskemi otot rangka, iritasi pada mukosa atau serosa, pembengkakan jaringan yang menempel dengan organ-organ ke ruang peritoneal, dan nekrosis jaringan. Biasanya merasakan rasa nyeri yang dalam, tertarik, menyiksa, tumpul, meremas atau menekan. Nyeri alih (*referred pain*) termasuk dalam kategori jenis nyeri ini.

3. Patofisiologi nyeri

Mekanisme nyeri dimulai dari transduksi stimuli disebabkan oleh cedera pada jaringan saraf sensoris menjadi aktivitas listrik kemudian disalurkan melalui serabut saraf bermielin A delta (menyampaikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi) dan saraf bermielin C (mengirimkan nyeri tumpul dan menyiksa) ke kornus dorsalis medulla

spinalis, thalamus, dan korteks serebri. Impuls listrik dimodulasi sejauh saraf perifer dan disusun saraf pusat, dimana impuls tersebut dirasakan dan dibedakan berdasarkan jenis dan jumlah nyeri. Rangsangan mekanis, perubahan suhu (panas dan dingin), zat kimia, cedera atau peradangan juga dapat menyebabkan rangsangan nyeri.

4. Penilaian respon nyeri

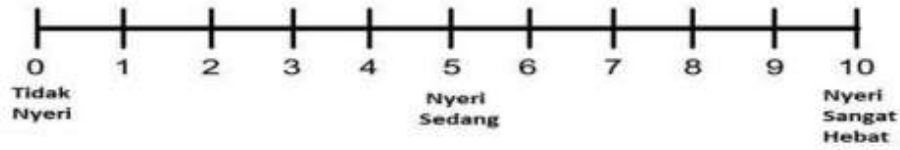
Saat penilaian nyeri hal penting yang harus di ingat yaitu intensitas dan penentuan jenis nyeri karena hal ini mempengaruhi jenis pengobatan yang akan diberikan khususnya terapi farmakologis.

Hal yang harus diperhatikan dalam mengevaluasi nyeri di antaranya adalah melaksanakan penilaian pada :

- a. Tingkat keparahannya.
- b. Lokasinya.
- c. Kualitas, distribusi dan karakternya.
- d. Faktor-faktor mempengaruhinya.
- e. Pengaruh nyeri yang mengganggu aktivitas tiap hari.
- f. Rencana pengobatan yang sedang dan sudah diterima.
- g. Riwayat penatalaksanaan nyeri meliputi pengobatan, implementasi dan reaksi pengobatan.
- h. Melaporkan nyeri dan penggunaan analgesik sering kali terhambat oleh masalah tertentu.

Adapun alat pengukuran yang sering dipergunakan untuk menilai derajat nyeri sebagai berikut.

a. *Numeric Rating Scale (NRS)*



Gambar 1. *Numeric rating scale*

Alat pengukuran *Numerical Rating Scale* ini dipakai untuk menggantikan pengukuran pendeskripsian kata (Suwondo dkk, 2017). Dalam hal ini pasien menggunakan skala 0–10 untuk menunjukkan seberapa nyeri yang mereka rasakan:

Keterangan:

- 1) 0 : Tidak merasakan sakit
- 2) 1 hingga 3 : Nyeri tingkat ringan

Menurut rasional pasien bisa berinteraksi secara efektif.

- 3) 4 hingga 6 : Nyeri tingkat sedang

Secara rasional pasien mendesis, tersenyum, memperlihatkan di mana letak nyeri yang dideritanya, mampu menjelaskannya, dan menuruti perkataan dengan mudah.

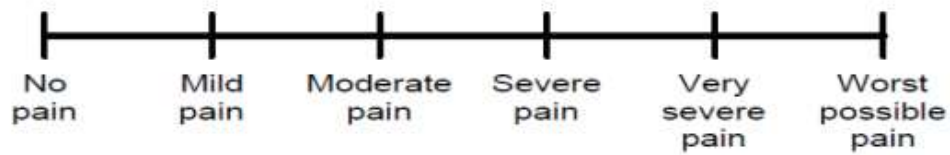
- 4) 7 hingga 9 : Nyeri tingkat berat

Menurut rasional pasien kadang tidak mematuhi arahan tetapi mungkin masih bereaksi pada aktivitas, memperlihatkan letak nyeri, ketidakmampuan menjelaskan, tidak bisa dibantu dengan mengubah sikap nafas dalam atau menemukan gangguan lain..

- 5) 10 : Nyeri sangat parah.

klien merasakan kehilangan kemampuan berinteraksi dan memukul.

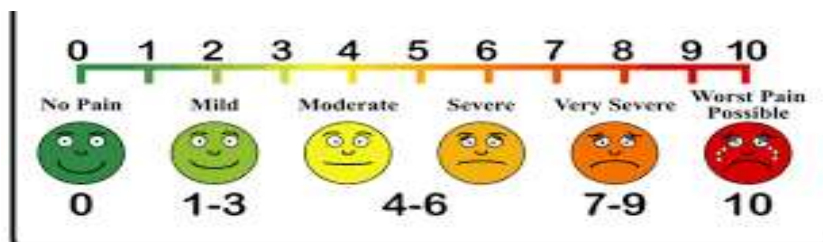
b. *Verbal Rating Scale (VRS)*



Gambar 2. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini juga memiliki dua titik ekstrem. Karena kata-kata dan komunikasi verbal secara alami tidak terlalu bergantung pada sinkronisasi motorik dan visual, akan lebih bermanfaat jika menggunakan skala numerik verbal ini selama fase pasca operasi. Bukan angka atau garis untuk menggambarkan tingkat nyeri, melainkan skala verbal menggunakan kata-kata. Skala ini dipakai penilaian nyeri berupa tidak merasakan nyeri, nyeri tingkat ringan, nyeri tingkat berat. Berkurangnya atau tidak adanya rasa sakit digambarkan nyeri tidak hilang, nyeri sedikit berkurang, nyeri cukup berkurang. pengukuran ini mencegah klien untuk mengekspresikan macam jenis nyeri karena membatasi kosa kata pasien (Suwondo dkk, 2017).

c. *Faces Scale* atau skala perilaku



Gambar 3. *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*

Hanya mengamati raut muka pasien saat pertemuan tatap muka tanpa menanyakan permasalahannya. Untuk usia tiga tahun ke atas penilaian skala nyeri

ini disarankan. Berdasarkan skala nyeri berikut yang dinilai berdasarkan ekspresi wajah antara lain :

- 1) Wajah Pertama : Sama sekali tidak merasakan sakit.
- 2) Wajah Ke dua : Tidak terlalu menimbulkan rasa sakit.
- 3) Wajah Ke-3 : Sedikit merasakan sakit.
- 4) Wajah Ke-4 : Sangat merasakan sakit.
- 5) Wajah Ke-5 : Jauh sangat sakit
- 6) Wajah Ke-6 : Sakit yang sangat parah.

Pengkajian yang bisa dilakukan untuk mengkaji nyeri menurut (Suwondo dkk, 2017) yaitu:

- 1) *Onset* (O) : Kapan pasien merasakan nyeri?.
- 2) *Provoking* (P): Apa yang memicu nyeri? Apa yang menyebabkan berkurang?, Apa yang menyebabkan memperburuknya nyeri?
- 3) *Qualiti* (Q) : Hal ini Mengacu pada sifat nyeri yang dirasakan pasien atau bagaimana nyeri itu dirasakan oleh pasien, misalnya tertusuk, panas, terbakar, remuk dan lain sebagainya.
- 4) *Region/Radiation* (R) : Pasien mengeluhkan lokasi nyeri yang dirasakan serta arah penyebarannya.
- 5) *Severity* (S) : Tingkat intensitas nyeri pasien. Sering menggunakan skala dan derajat nyeri. Antara 0 sampai 10.
- 6) *Treatment* (T) : Menginformasikan mengenai pengobatan yang sudah dilakukan sebelumnya termasuk hasil, efek samping, pengaruh pengobatan dan informasi akan obat analgetik yang saat ini dikonsumsi.

- 7) *Understanding/Impact of you (U)* : Hal ini berkaitan sejauh mana aktivitas dan tindakan pasien dipengaruhi oleh rasa sakitnya, serta pemahaman terhadap rasa sakit yang dirasakan.
- 8) *Value (V)* : Menginformasikan tentang evaluasi pasien terhadap nyeri yang dirasakan, bagaimana ekspektasi pasien terhadap nyeri tersebut, hasil yang diharapkan dan pentingnya meminimalkan penderita hingga pasien dan keluarganya tidak merasakan nyeri.

E. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Nyeri Akut

1. Pengkajian keperawatan

Tujuan dilakukannya pengkajian adalah untuk mengumpulkan data atau informasi dari pasien yang dibantu dilakukan secara senantiasa. Data dapat dikumpulkan dengan berbagai macam metode seperti: metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, atau data dari Puskesmas, dan lain (Kholifah, 2016).

Hal-hal yang harus di ingat sebagai berikut :

1) Data Umum

Data umum digunakan untuk mengidentifikasi identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, status perkawinan, pendidikan terakhir, pekerjaan, tempat tinggal atau alamat, tanggal pengkajian, dan nama penanggung jawab klien.

2) Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga ini menggambarkan genogram atau bagan tentang silsilah keluarga (nenek, kakek, ibu, ayah, orang tua, saudara kandung, pasangan, dan anak), biasanya digambarkan hingga tiga generasi.

3) Riwayat pekerjaan

Riwayat pekerjaan menggambarkan pekerjaan pasien sebelum sakit, pekerjaan saat ini, jarak antara rumah dan tempat kerja, alat transportasi, dan sumber pendapatan untuk memenuhi kebutuhan dasar klien

4) Riwayat lingkungan hidup

Lingkungan hidup klien meliputi tipe, suasana, kondisi, jumlah orang yang tinggal bersama klien, dan tingkat privasi tempat tinggal. Semuanya dijelaskan dalam riwayat lingkungan ini.

5) Riwayat rekreasi

Riwayat rekreasi ini memberikan penjelasan tentang minat dan hobi klien, serta alasan mereka dalam berpartisipasi dalam organisasi masyarakat dan menghabiskan waktu luangnya.

6) Sistem pendukung

Sistem ini mencakup perawatan keluarga sehari-hari di rumah dan pelayanan kesehatan terdekat di rumah.

7) Status kesehatan

Hal ini mencakup keluhan utama, penatalaksanaan nyeri, obat yang akan diminum klien, riwayat vaksinasi, dan penyakit yang dialami pasien.

8) Aktivitas hidup sehari-hari

Indeks Katz digunakan untuk mengevaluasi pekerjaan kehidupan tiap hari. Selain itu, juga dapat mengukur panjang lengan, berat badan, tinggi tubuh, IMT, temperatur, denyut nadi, respirasi, dan tekanan darah pada saat duduk, berdiri, tidur.

Tabel 2
Pemeriksaan Kemandirian Lansia dengan Indeks Katz

Skor	Kriteria
1	2
A	Kemandirian dalam hal makan, minum, berpindah, ke kamar mandi, mandi dan berpakaian
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi
D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar mandi, dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, ke kamar mandi, dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Sumber:(Kholifah, 2016)

9) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pemenuhan kebutuhan tiap hari dijelaskan tentang oksigenasi, hidrasi dan elektrolit, eliminasi, makanan, pola istirahat dan tidur, aktivitas, kebersihan, rekreasi, seksual, dan kesehatan mental.

10) Pemeriksaan fisik

Memeriksa tubuh klien dan menentukan seberapa baik dari kepala, mata, leher, dada dan punggung, perut dan pinggang, tangan, kaki, sistem kekebalan tubuh,

genitalia, reproduksi, persarafan, dan pengecapan merupakan pengertian dari pemeriksaan fisik. Metode pemeriksaan fisik meliputi: inspeksi (melihat), auskultasi (mendengar), palpasi (menyentuh), dan perkusi (mengetuk) untuk mendeteksi indikator penyakit.

11) Data penunjang

Data tambahan ini berisikan hasil laboratorium, radiologi, EKG, USG, CTScan, dan hasil pemeriksaan lainnya.

1) Hasil pengkajian kognitif dan mental

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

Fungsi intelektual lansia dievaluasi dengan pengkajian SPMSQ.

Tabel 3
Pengkajian SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
		1	Jam berapa sekarang ?
		2	Tahun berapa sekarang ?
		3	Kapan Bapak/ Ibu lahir ?
		4	Berapa umur Bapak/ Ibu sekarang ?
		5	Dimana alamat Bapak/ Ibu sekarang ?
		6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/ Ibu sekarang?
		7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/ Ibu sekarang ?
		8	Tahun berapa Kemerdekaan Indonesia ?
		9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ?
		10	Coba hitung terbalik dari angka 20-1 ?

Sumber: (Kholifah, 2016)

Pemeriksaan Hasil :

Skor salah : 0-2 : Kapasitas mental utuh

Skor salah : 3-4 : Gangguan kognitif ringan

Skor salah : 5-7 : Gangguan intelektual sedang

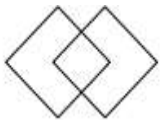
Skor salah : 8-10 : Gangguan intelektual berat dan parah

b) *Mini Mental State Exam* (MMSE)

MMSE (*Mini Mental State Exam*) yaitu pengkajian ujian kognitif fungsi mental, orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat ulang, dan bahasa.

Tabel 4
Pengkajian MMSE (*Mini Mental State Exam*)

Item Pertanyaan	Nilai Maksimal	Nilai
1	2	3
Orientasi		
1. Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa ?	5	
2. Kita berada dimana? (negara), (provinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/ kamar)	5	
Registrasi		
3. Sebutkan 3 buah nama benda (kursi, meja, kasur), tiap benda 1 detik, ulangi sampai klien benar menyebutkannya kembali	3	
Atensi dan Kalkulasi		
4. Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 tingkat	5	
Mengingat kembali		
5. Klien disuruh menyebut kembali 3 nama benda diatas	3	
Bahasa		
6. Klien diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan perawat (jam dinding, bantal)	2	
7. Klien diminta mengulang rangkaian kata : "Tanpa dan kalau atau tetapi"	1	

Item Pertanyaan	Nilai Maksimal	Nilai
1	2	3
8. Klien diminta melakukan perintah: “ambil kertas ini dengan tangan kanan, lipatlah menjadi dua dan letakkan di meja”	3	
9. Klien diminta membaca dan melakukan perintah “angkatlah tangan kanan anda”	1	
10. Klien diminta menulis sebuah kalimat (spontan)	1	
11. Klien diminta meniru menggambar seperti gambar di bawah ini :	1	
		
Skor total	30	

Sumber: (Kholifah, 2016)

Pemeriksaan hasil :

Nilai 24-30 : Normal

Nilai 17-23 : Kemungkinan gangguan kognitif

Nilai 0-16 : Terdapat penurunan kognitif yang nyata

Catatan : Usia dan tingkat pendidikan responden harus dipertimbangkan ketika mengevaluasi fungsi kognitif.

c) *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Skala depresi geriatri digunakan untuk mengukur derajat depresi pada lansia.

Jumlah 1 poin diberikan untuk setiap jawaban yang sesuai dengan jawaban ya atau tidak, sedangkan angka 0 diberikan untuk jawaban yang tidak sesuai.

Tabel 5
Pengkajian GDS (*Geriatric Depression Scale*)

Pertanyaan	Kunci	Respon klien ya/tidak	Skor
1	2	3	4
Apakah anda puas dengan kehidupan anda?	Tidak		
Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	Ya		
Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	Ya		
Apakah anda sering merasa bosan?	Ya		
Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Tidak		
Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya		
Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	Tidak		
Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	Ya		
Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi keluar dan melakukan sesuatu yang baru?	Ya		
Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	Ya		
Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?	Tidak		
Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	Ya		
Apakah anda merasa penuh energi atau semangat?	Tidak		
Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya		
Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?	Ya		

Sumber: (Kholifah, 2016)

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah jenis studi klinis mengidentifikasi respon aktual atau potensial klien tentang insiden yang terjadi dalam hidup mereka atau masalah kesehatan. Menentukan respon setiap klien, keluarga, dan komunitas untuk merespon keadaan yang berhubungan dengan kesehatan mereka merupakan tujuan dari diagnosis keperawatan. Berdasarkan Tim Pokja DPP PPNI SDKI (2017), pada pasien hipertensi diagnosis keperawatan yang sering terjadi sebagai berikut.

a. Nyeri Akut (D.0077)

1) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemi, 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 mayor minor

a) Mayor

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (ms : waspada, posisi menghindar nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

b) Minor

Subjektif : tidak ada

Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

c) Kondisi Klinis Terkait :

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan didefinisikan perawatan yang diberikan oleh perawat untuk terwujud hasil yang diharapkan berdasarkan pemahaman dan penilaian klinis mereka (Yudiana dkk., 2023) .

Dengan acuan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Tabel 6 merinci asuhan keperawatan yang bisa dianjurkan pasien hipertensi yang menderita nyeri akut sebagai berikut.

Tabel 6
Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI Dan SLKI Pada Pasien Hipertensi Dengan masalah nyeri akut

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Nyeri Akut (D.0077) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x...Jam, maka Tingkat Nyeri	Intervensi Utama: Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab:</p> <p>a. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemi, neoplasma)</p> <p>b. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia, iritan)</p> <p>c. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).</p> <p>Tanda dan gejala mayor:</p> <p><i>Subjektif</i></p> <p>a. Mengeluh nyeri</p> <p><i>Objektif</i></p> <p>a. Tampak meringis</p> <p>b. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindar nyeri)</p> <p>c. Gelisah</p> <p>d. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>e. Sulit tidur</p>	<p>(L.08066) menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Keluhan nyeri menurun (5)</p> <p>b. Meringis menurun (5)</p> <p>c. Sikap protektif menurun (5)</p> <p>d. Gelisah menurun (5)</p> <p>e. Kesulitan tidur menurun (5)</p> <p>f. Frekuensi nadi membaik (5)</p> <p>g. Pola napas membaik (5)</p> <p>h. Tekanan darah membaik (5)</p> <p>i. Nafsu makan membaik (5)</p> <p>j. Pola tidur membaik (5)</p>	<p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri</p> <p>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologi</p>

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Tanda dan gejala minor:</p> <p><i>Subjektif</i> Tidak ada</p> <p><i>Objektif</i></p> <p>a. Tekanan darah meningkat</p> <p>b. Pola nafas berubah</p> <p>c. Nafsu makan berubah</p> <p>d. Proses berfikir terganggu</p> <p>e. Menarik diri</p> <p>f. Berfokus pada diri sendiri</p> <p>g. Diaforesis.</p>		<p>untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain, dll)</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat/tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan</p>

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
		analgetik secara tepat
		e. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
		Kolaborasi
		a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

4. Implementasi keperawatan

Langkah keempat dalam proses asuhan keperawatan yaitu implementasi keperawatan, sebagai bentuk menindaklanjuti intervensi yang telah dilaksanakan oleh perawat untuk menolong pasien dalam mencapai tujuannya. Tujuan implementasi keperawatan yaitu mempermudah pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan seperti meningkatkan kesehatannya, mencegah terjadinya penyakit, memperbaharui kesehatan dan memfasilitasi coping dengan baik jika pasien memiliki dorongan untuk ikut serta dalam implementasi asuhan keperawatan (Polopadang & Hidayah, 2019).

Implementasi pada pasien tekanan darah tinggi yang menderita nyeri akut diberikan rencana keperawatan yang sesuai yaitu implementasi terapi relaksasi nafas dalam selama 1 kali sehari dalam 3 hari.

5. Evaluasi keperawatan

Perbandingan kesehatan klien yang terancang, sistematis, berkelanjutan, dan melibatkan pasien dengan sasaran yang sudah dirancang lebih dahulu disebut

evaluasi keperawatan. Tujuan evaluasi keperawatan yaitu menilai kapasitas klien untuk mendapatkan tujuan dan efektivitas intervensi keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien. Terdapat dua jenis evaluasi yang dapat digunakan yaitu:

- a. Evaluasi formatif adalah catatan kemajuan klien yang dilaksanakan setiap hari.
- b. Evaluasi somatif adalah catatan kemajuan klien yang dilaksanakan sesuai dengan target waktu, tujuan atau rencana keperawatan (Polopadang & Hidayah, 2019).