

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Menurut JNC VII hipertensi adalah peningkatan tekanan darah melebihi 140/90 mmHg dengan minimal dua kali pengukuran diwaktu yang berbeda. Hipertensi diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu hipertensi primer (esensial) yang belum diketahui penyebabnya dan hipertensi sekunder yang disebabkan oleh penyakit ginjal, jantung, endokrin, dan gangguan kelenjar adrenal (Nuraini B, 2015).

Seorang individu akan dinyatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah yang dimilikinya selalu melebihi 140/90 mmHg. Ini merupakan permasalahan kesehatan masyarakat yang sifatnya serius. Apabila tidak dikontrol, maka bisa mengalami perkembangan serta memicu bahaya komplikasi. Akibatnya bisa berakibat fatal akibat komplikasi yang sering terjadi, misalnya stroke, jantung koroner penyakit, dan gagal ginjal.(Mustika & Sudiantara,2019).

2. Etiologi

Etiologi hipertensi bisa dipengaruhi oleh banyak faktor berbeda, di antaranya faktor lingkungan, faktor genetik, dan interaksi keduanya. Hipertensi menurut penyebabnya terbagi menjadi dua jenis, yakni :

a. Hipertensi Esensial (Primer)

Ini dinamakan pula hipertensi idiopatik, dimana sampai sekarang ini pemicunya belum diketahui. Hipertensi merupakan penyakit yang paling banyak

diderita, sekitar 90% orang mempunyai tekanan darah tinggi. (Medika,Sari.2017)
Hipertensi primer, penyakit renovaskular, aldosteronism, pheochromocytoma, gagal ginjal serta penyakit lain yang tidak ditemukan. Genetika dan ras turut diduga menjadi pemicu hipertensi esensial, mencakup faktor lainnya seperti lingkungan dan gaya hidup tidak sehat termasuk konsumsi alkohol dan merokok.

b. Hipertensi Sekunder

Pada kasus ini, pemicu dan patofisiologinya bisa lebih mudah ditangani melalui pengobatan. Hipertensi sekunder disebabkan penyakit ginjal di antaranya kanker, penyakit adrenal, penyakit aorta, diabetes, penyakit endokrin lain berupa hipertiroidisme, resistensi insulin, obesitas, serta penggunaan obatobatan tertentu seperti pil KB dan kortikosteroid. Wijaya, Putri.(2013). Hipertensi sekunder yakni suatu tekanan darah meningkat sebab keadaan fisik yang sebelumnya di antaranya penyakit ginjal atau gangguan tiroid.

3. Patofisiologi

Mekanisme hipertensi adalah adanya angiotensin II yang terbentuk dari angiotensin I oleh ACE. Peran fisiologis dari ACE tergolong besar untuk mengontrol tekanan darah. Terdapat angiotensinogen pada darah yang dihasilkan di hati. Selain itu, berkat renin (yang dihasilkan ginjal) dan hormon akan kemudian ditransformasikan ke angiotensin I. Angiotensin I ini dengan adanya ACE di paru-paru akan ditransformasikan ke angiotensin II. Selanjutnya peran dari angiotensin II yaitu dalam peningkatan tekanan darah melalui dua efek utama (Prayitnaningsih dkk., 2021).

4. Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan ialah menurunkan tekanan darah ke tingkat normal atau ke tingkat terendah yang bisa ditoleransi pasien dan mengantisipasi komplikasi yang kemungkinan timbul. (Kartikasari dkk., 2021) Penatalaksanaan hipertensi, yakni :

a. Penatalaksanaan umum adalah upaya guna menurunkan faktor resiko kejadian hipertensi. Penatalaksanaan umum yaitu sistem penanganan tanpa mempergunakan obat-obatan, misalnya :

1) Diet rendah natrium, dengan prinsip dan syarat diet antara lain :

(a) Energi cukup, bilamana berat badan pasien 115%, berat badan idealnya dianjurkan diet rendah kalori dan olah raga.

(b) Karbohidrat cukup, tergantung kebutuhannya pasien.

(c) Protein cukup, disesuaikan dengan kebutuhannya pasien.

(d) Konsumsi kolesterol dan lemak jenuh harus dibatasi.

(e) Membatasi asupan natrium hingga 800 mg/hari.

(f) Konsumsi magnesium memenuhi RDA dan dapat ditambahkan dengan suplemen magnesium 240-1000 mg/hari.

2) Berhenti merokok dan tidak mengkonsumsi alkohol.

3) Diet rendah lemak dapat menurunkan tekanan darah.

4) Olahraga, bermanfaat untuk menurunkan tekanan perifer.

b. Medikamentosa, merupakan penatalaksanaan hipertensi dengan obat-obatan, yaitu :

1) Golongan diuretik

2) Golongan blok ganglion

- 3) Golongan inhibitor simpatik
- 4) Golongan antagonis kalsium
- 5) Golongan penghambat Angiotensin I Converting Enzyme (ACE)

Pada Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi bahwasanya tatalaksana hipertensi terdiri dari: (Antonia Anna Lukito,dkk .2019)

- 1) Intervensi Pola Hidup

Pola hidup sehat pun bisa mengantisipasi atau menunda perlunya pengobatan obat pada pasien dengan hipertensi derajat 1, tetapi ada baiknya tidak memperlambat inisiasi terapi obat terhadap pasien dengan HMOD atau berisiko tinggi otot kardiovaskuler.

- 2) Perubahan pola makan

Pasien hipertensi sebaiknya mengonsumsi makanan seimbang yang meliputi buah-buahan segar, sayur mayur, gandum, ikan, kacang-kacangan, asam lemak tak jenuh, produk susu rendah lemak, dan membatasi mengonsumsi asam lemak jenuh dan daging merah.

- 3) Pembatasan konsumsi garam

Antara asupan garam dan hipertensi memiliki hubungan. Mengonsumsi terlalu banyak garam terbukti menaikkan tekanan darah dan meningkatkan kejadian tekanan darah tinggi

5. **Komplikasi**

Bilamana tekanan darah tinggi tidak diobati, sehingga akan mengakibatkan kerusakan jangka panjang pada arteri dalam tubuh dan bagian dari organ yang menerima pasokan darah dari arteri. Beberapa bagian atau organ tubuh yang menjadi tempat terjadinya komplikasi hipertensi antara lain :

a. Jantung

Hipertensi bisa mengakibatkan penyakit jantung koroner dan gagal jantung. Pada pasien hipertensi, akan meningkatkan beban kerja jantung, dimana otot jantung dapat berelaksasi serta keelastisitasannya menurun atau dinamakan dekompensasi. Mengakibatkan jantung gagal dalam pompa darah, dengan demikian sejumlah besar cairan terperangkap di paru-paru dan jaringan tubuh lainnya sehingga dapat menimbulkan kesulitan bernapas atau edema. .

b. Otak

Dalam otak, terjadi hipertensi berkomplikasi meningkatkan risiko stroke. Bilamana tidak ditangani, maka resiko terserang stroke lebih tinggi hingga 7 kali.

c. Ginjal

Ginjal yang mengalami kerusakan bisa ditimbulkan karena hipertensi. Hipertensi yang diakibatkannya bisa merusak sistem pemfilteran ginjal. Seiring berjalannya waktu ginjal tidak bisa mengeluarkan zat-zat yang tidak tubuh butuhkan, zat-zat itu masuk ke dalam darah serta menumpuk di dalam tubuh.

B. Konsep Lanjut Usia (Lansia)

1. Definisi Lansia

Lanjut usia ialah kejadian biologis yang selalu dialami tiap individual. Pasal I UU No. IV. Pada tahun 1965 menjabarkan bahwasanya seorang individu bisa dianggap sebagai lanjut usia sesudah usianya 55 tahun, atau tidak mampu mencari nafkah guna pemenuhan kebutuhan hidup setiap hari, serta mendapat makanan dari orang lain.

Sebagaimana kedua pemahaman tersebut, berkesimpulan bahwasanya lansia yaitu seseorang yang sudah berumur melebihi 60 tahun dan dalam kondisi tidak

bisa mencari nafkah guna pemenuhan kebutuhannya.

2. **Klasifikasi Lansia**

Lanjut usia terbagi ke dalam beberapa pihak pada semua klasifikasi dan batasannya.

a. Menurut WHO, lansia dibagi menjadi empat kelompok :

- 1) Usia pertengahan (*Middle Age*) : 45-59 tahun
- 2) Lansia (*Elderly*) : 60-70 tahun
- 3) Lansia Tua (*Old*) : 75-90 tahun
- 4) Lansia sangat tua (*Very Old*) : Diatas 90 tahun

3. **Ciri-ciri Lansia**

Ciri-ciri dari lansia diantaranya (Oktora et , 2016) :

a. Lansia merupakan periode kemunduran

Faktor fisik maupun psikis adalah pemicu dari kemunduran pada lansia, dengan demikian motivasi memainkan peranan besar terhadap kemunduran lansia.

b. Buruknya penyesuaian pada lansia.

Perilaku buruk pada lanjut usia menyebabkan kelompok ini kemungkinan menumbuhkan konsep diri yang buruk, dengan demikian bisa menunjukkan bentuk perilaku buruk.

C. Konsep Nyeri

1. **Definisi Nyeri**

Definisi dari nyeri berdasarkan penjelasan dari Harold yaitu pengalaman emosional dan sensoris yang buruk berkenaan rusaknya jaringan ataupun suatu rangsangan yang berpotensi menyebabkan kerusakan jaringan. Konsep lama

mengemukakan bahwasanya *pain processing* (proses nyeri) hanya tergantung terhadap jalur nyeri dan tingkat nyeri yang hanya terjadi dipengaruhi oleh besar kecilnya rangsangan yang diterima (Suwondo dkk, 2017)

Nyeri adalah cara tubuh memberitahukan bahwasanya ada suatu hal yang salah, nyeri bertindak sebagai sistem alami, itu adalah sinyal yang memberitahu untuk berhenti mengerjakan sesuatu yang menyakiti tubuh, sehingga melindungi tubuh dari kondisi bahaya. Nyeri adalah salah satu bentuk ketidaknyamanan yang bisa dirasakan oleh siapa saja. Rasa sakit bisa menjadi peringatan akan ancaman nyata atau potensial, tetapi rasa sakit bersifat subyektif dan pribadi. (Suwondo dkk, 2017).

2. **Klasifikasi Nyeri**

Nyeri dapat diklasifikasikan sesuai dengan durasi waktu

a. Berdasarkan pada durasi (waktu terjadinya)

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah dimana seseorang merasakan rasa sakit yang hanya sekian detik setelah 6 bulan. Nyeri akut seringkali terjadi secara mendadak, seringkali berhubungan dengan suatu cedera tertentu, bilamana terdapat kerusakan tidak berlangsung lama dan tidak mempunyai penyakitsistemik. Biasanya nyeri akut mereda secara bertahap seiring dengan proses penyembuhan. Sebagian publikasi lain menunjukkan bahwa nyeri akut terjadi ketika <12 minggu. Sementara nyeri subakut berlangsung dari enam hingga dua belas minggu..

2) Nyeri kronis

Pada umumnya, nyeri kronis yaitu suatu nyeri yang sudah 6 bulan ataupun lebih terjadi. Nyeri kronis sifatnya intermiten atau konstans yang berlangsung

dalam jangka waktu tertentu

b. Berdasarkan intensitasnya (berat ringannya)

1) Tidak nyeri

Suatu keadaan di mana seseorang tidak mengeluh karena ada rasa nyeri ataupun seseorang dikatakan bebas dari rasa nyeri.

2) Nyeri ringan

Individu merasa adanya nyeri dengan intensitasnya yang rendah. Jika nyeri ringan, pasien tetap dapat berkomunikasi dengan baik dan beraktivitas normal tanpa adanya gangguan.

3) Nyeri sedang

Seseorang merasakan rasa nyeri yang menjadi semakin hebat. Biasanya, hal ini mulai menyebabkan respons nyeri sedang dan mulai menghambat aktifitas seseorang.

4) Nyeri berat

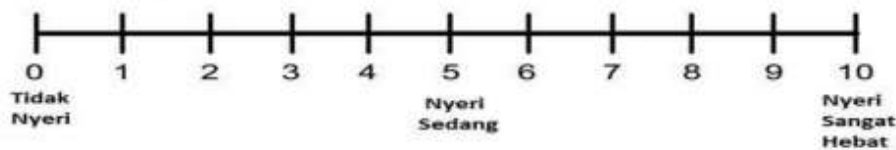
Nyeri hebat/berat adalah nyeri yang pasien rasakan dengan sangat hebat sehingga tidak dapat menjalankan aktifitas normal, bahkan akan mempunyai gangguan psikis yang membuat pasien merasa marah dan tidak dapat mengontrol diri sendiri.

3. Penilaian respon nyeri

Hal ini harus senantiasa diingat ketika melaksanakan penilaian nyeri, antara lain menilai intensitas dan menentukan jenis nyeri, hal ini penting dikarenakan menyiratkan jenis pengobatan yang tepat untuk diberikan, terutamanya farmakologis. Alat yang dipergunakan untuk mengukur intensitas nyeri pada lansia ialah Numeric Rating Scale (NRS).

Hal-hal yang harus selalu diingat ketika melaksanakan penilaian nyeri meliputi penilaian:

- a. Lokasi nyeri
- b. Intensitas nyeri
- c. Efek nyeri pada kehidupan sehari-hari
- d. Faktor-faktor yang meningkatkan dan mengurangi nyeri
- e. Kualitas nyeri, penyebaran dan karakter nyeri
- f. Riwayat pengelolaan nyeri termasuk farmakoterapis, intervensi dan respons terapi
- g. Regimen pengobatan yang sedang dan sudah diterima
- h. Terdapat hambatan umum dalam pelaporan nyeri dan pemakaian analgesik.



Gambar 1 Skala Numeric rating scale

Numerical Rating Scale (NRS) dipergunakan menjadi alternatif pengganti instrumen penjelasan kata (Maryunani, 2014). Pada konteks ini, penderita menilai tingkat nyeri dalam skala 0 sampai 10:

Keterangan:

1. 0 : Tidak nyeri
2. 1-3 : Nyeri ringan (Pasien secara obyektif dapat berkomunikasi dengan baik)

3. 4-6 : Nyeri sedang (Pasien secara obyektif menyeringai, bisa menyatakan lokasi nyeri, mendesis, bias menjelaskan, serta mampu melakukan instruksi secara baik)
4. 7-9 : Nyeri berat (secara objektif pasien kadang tidak mampu mengikuti instruksi namun tetap bereaksi dengan tindakan, bisa menyatakan dimana letak nyeri, tidak mampu mendeskripsikan, tidak mampu diatasi dengan mengubah posisi, bernapas dalam-dalam dan mengalihkan perhatiannya)
5. 10 : Nyeri sangat berat. (Pasien tidak sanggup menjalin komunikasi)

D. Konsep Dasar Terapi *Slow Stroke Back Massage*

1. Definisi Terapi *Slow Stroke Back Massage*

Massage ialah metode rangsangan kuteneus pada tubuh secara umum, seringkali berfokus pada bahu dan punggung. Dengan message bisa merelaksasi otot, sehingga pasien menjadi lebih nyaman. Metode nonfarmakologi yang bisa diterapkan pada pasien hipertensi yaitu metode relaksasi mempergunakan terapi SSBM (Ancasari:2016).

SSBM (Slow Stroke Back Massage) ialah tindakan memijat bahu atau punggung melalui usapan lembut. Merangsang kulit melepaskan endorfin. Menggunakan terapi SSBM akan menurunkan tekanan darah. Punjastuti, Fatimah. (2020)

Cara sederhana meredakan nyeri kepala adalah mempergunakan teknik stimulasi cetaneous atau SSBM. SSBM adalah teknik yang dilaksanakan dengan cara mengusap dan menyentuh punggung secara lembut. Massage atau sentuhan adalah tindakan menenangkan yang dapat mengurangi stres, menenangkan, dan

meningkatkan sirkulasi darah. Teknik SSBM ini membantu melepaskan endorfin sehingga membatasi jalur rangsangan yang menyakitkan (Fatimah, 2020).

2. Manfaat *Slow Stroke Back Massage*

Slow Stroke Back Massage ialah suatu kegiatan atau pijatan jaringan lembut yang dimaksudkan untuk memberikan efek fisiologis, terutamanya pada sistem pembuluh darah, otot, dan saraf tubuh. (Afrilia dkk., 2015). Slow Stroke Back Massage memiliki manfaat bagi kesehatan, mengurangi respons nyeri, memperbaiki kualitas tidur serta memberi relaksasi secara keseluruhan. (Kusumaningtyas, 2018).

Terapi SSBM berdasarkan penjelasan dari Afrilia (2015), Rossalim (2017) memiliki manfaat sebagai berikut :

- a. mengurangi stress dan meningkatkan relaksasi.
- b. Menurunkan tekanan darah
- c. Meningkatkan peredaran darah
- d. Menurunkan ketegangan otot

3. Penatalaksanaan Terapi *Slow Stroke Back Massage* terhadap nyeri

Teknik terapi SSBM bisa dilaksanakan dengan berbagai cara, satu diantaranya adalah mengusap kulit dengan kecepatannya 60 kali selama kisaran tiga menit dengan cara berirama dan perlahan mempergunakan tangan. Gerakan yang merangsang yakni dengan usapan yang pendek dan melingkar, sementara dapat mendatangkan kenyamanan dan kesenangan bagi seseorang dengan usapan pendek dan melingkar. Teknik ini mudah diterapkan dan sederhana, agar tenaga medis atau organisasi medis mana pun dapat menerapkan dan menangani nyeri (Septiari, 2017).



Gambar 2 Alur Usapan SSBM

E. Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Pasien

Hipertensi

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Klien

1) Identitas klien :

Nama, jenis kelamin, umur, pekerjaan, suku/bangsa, tempat tanggal lahir, status perkawinan, alamat, tanggal masuk rumah sakit (MRS), agama, diagnosa medik, dan nomor register.

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama, usia, pekerjaan, alamat, jenis kelamin, serta status hubungan dengan pasien.

b. Keluhan Utama

Penderita datang dengan keluhan utama nyeri kepala, nyeri leher, nyeri tengkuk

c. Riwayat kesehatan sekarang

Penderita datang dengan nyeri kepala, nyeri leher atau nyeri tengkuk dan penderita akan memberitahukan dari awal terasa sakit, pengobatan apa yang sudah

dilakukan dan akhirnya datang ke fasilitas terdekat.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Penderita pernah merasa nyeri di kepala, nyeri di leher dan nyeri padida tengkuk karena mempunyai pola makan yang tidak sesuai anjuran, kebiasaan makan garam berlebihan, minum kopi, stress dan mengonsumsi obat hipertensi.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Menanyakan apakah terdapat penyakit hipertensi di keluarga?

f. Pengkajian Nyeri

Tabel 1
Pengkajian Nyeri

1	2	3
P <i>Provoking incident</i>	Upaya mengkaji dalam rangka mengetahui faktor penceus keluhan nyeri.	Kini yang dikasi yaitu apa yang menyebabkan nyeri.
Q <i>Quality of pain</i>	Pengkajian terkait bagaimana nyeri yang pasien rasakan	Kajian ini mencakup apakah nyeri terasa tertusuk-tusuk, tumpul atau tajam,.
R <i>Region</i>	Langkah mengkaji ini ditujukan guna mengetahui letak atau lokasi nyeri	Ini merupakan upaya mengkaji area nyeri serta dalam hal ini pasien diharuskan untuk menunjukkan tempat lokasi nyeri
S <i>Severity</i>	Pengkajian sejauh mana nyeri yang dirasa	Langkah mengkaji skala nyeri merupakan hal yang terpenting menggunakan pendekatan PQRST.
T <i>Time</i>	Pengkajian lamanya nyeri yang dirasa	Apakah nyeri selalu dirasaka, hilang timbul, jeja timbul mendadak, atau perlahan-lahan.

g. Pengkajian pola kebutuhan dan masalah

Tabel 2
Pengkajian pada nyeri akut sesuai dengan SDKI

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Terlihat gelisah 2. Bersikap protektif (mis. Posisi waspada, menghindari nyeri) 3. Kesulitan untuk tidur 4. Terdapat peningkatan frekuensi nadi
Subjektif	Objektif
(Tidak tersedia)	1. Terdapat peningkatan tekanan darah 2. Nafsu makan mengalami perubahan 3. Pola nafas mengalami perubahan 4. Berfokus pada diri sendiri 5. Proses berfikir terganggu 6. Menarik diri 7. Diaphoresis

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

h. Pemeriksaan Fisik

- 1) Tingkat kesadaran :
- 2) GCS :
- 3) TD :
- 4) BB & TB :
- 5) IMT :

i. Data dasar pengkajian

- 1) Eliminasi

Eliminasi gangguan ginjal sekarang ini ataupun riwayat penyakit ginjal sebelumnya.

- 2) Makanan/cairan

Contoh dari makanan yang disenangi yaitu makanan tinggi lemak kolesteror, tinggi garam, dan minum kopi

3) Neuropati

Keluhan pening/pusing, kerusakan perifer, kesemutan, kebas

4) Nyeri/Ketidaknyamanan

Nyeri pada leher, nyeri pada kepala, nyeri seluruh tubuh

5) Pembelajaran/Penyuluhan

Pengetahuan mengenai penyakit hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, komplikasi hipertensi

j. Pengkajian status fungsional

Pengkajian ini mencakup mengukur kemampuan individu untuk menentukan kemandirian dalam melaksanakan kegiatan kehari-hari. Instrumen yang biasa dipergunakan untuk membantu pengkajian yaitu Indeks Katz, Indeks Sullivan Katz, dan Indeks Barthel. Instrumen ini dipergunakan untuk menentukan hasil tindakan dan prognosis terhadap lansia dan penyakit kronik. Terdapat enam fungsi ruang lingkup pengkajiannya yakni toileting, berpakaian, mandi, berpindah, makan serta kontinen, dimana hasil yang didapatkan dimaksudkan guna mengetahui tingkat fungsional pasien.

1) Indeks Katz

- (a) Berpakaian, mandi, kontinen, ke toilet, dan kemandirian dalam makan.
- (b) Kemandirian pada segala hal, terkecuali mandi serta satu fungsi tambahannya.
- (c) Kemandirian pada segala hal, terkecuali satu fungsi tersebut.
- (d) Ketergantungan terhadap enam fungsi tersebut.

- (e) Ketergantungan pada segala hal terkecuali berpakaian, mandi, berpindah, ke toilet, serta satu fungsi tambahannya.
- (f) Kemandirian pada segala hal, terkecuali berpakaian, mandi, serta satu fungsi tambahan.
- 2) Barthel Indeks

Tabel 3
Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1	Aktifitas ke toilet	5	10
2	Makan	5	10
3	Kebersihan diri mencuci muka, menggosok gigi dan menyisir rambut	0	5
4	Berpakaian dari kursi roda atau kebalikannya, meliputi duduk di tempat tidur	5-10	15
5	Mandi	0	5
6	Berpakaian	5	10
7	Berjalan di permukaan datar	10	25
8	Naik turun tangga	5	10
9	Mengontrol berkemih	5	10
10	Mengontrol defekasi	5	10
	Total		100

Sumber (Sunaryo et al., 2016)

Penilaian

100 : mandiri

91 – 99 : ketergantungan ringan

62 – 90 : ketergantungan berat

21 – 61 : ketergantungan berat/ sangat tergantung

0 – 20 : ketergantunagn

k. Pengkajian status kognitif/afektif

Pengkajian dengan pemeriksaan kondisi mental, maka bisa memberikan wawasan tentang perilaku, fungsi intelektual, dan kemampuan mental. Pengkajian ini mencakup:

1) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Ini adalah langkah mengkaji yang berupa identifikasi derajat kerusakan intelektual yang meliputi sepuluh pertanyaan..

Tabel 4
Short Portable Mental Status Questionnaire

No	Pertanyaan	Salah	Benar
1	Hari apa sekarang?		
2	Tanggal berapa hari ini ?		
3	Dimana alamat anda?		
4	Apa nama tempat ini?		
5	Kapan anda lahir?		
6	Berapa anak anda?		
7	Siapa nama ibu anda?		
8	Siapa presiden Indonesia saat ini?		
9	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?		
10	Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru semua secara menurun		
Jumlah			

Sumber : (Sunaryo et al., 2016)

Interpretasi :

Fungsi intelektual utuh, jika salah ada 0-3

Fungsi intelektual kerusakan ringan jika salah ada sekitar 4 – 5

Fungsi intelektual kerusakan sedang jika salah ada sekitar 6 – 8

Fungsi intelektual kerusakan sedang jika salah ada sekitar 9 – 10

2) Mini- Mental State Exam (MMSE)

Diimplementasikan dalam rangka mengacu aspek kognitif atas fungsi mental. Pemeriksaan ini memiliki tujuan guna melengkapi dan mengevaluasi, namun tidak bisa dipergunakan untuk tujuan diagnostic, tapi bermanfaat untuk pengkajian kemajuan pasien.

Tabel 5
Mini- Mental State Exam (MMSE)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	2	3	4	5
1	Orientasi	5		Menyebutkan a. Hari b. Tanggal c. Bulan d. Tahun e. Musim
2	Orientasi	5		Di mana sekarang kita berada a. Kabupaten b. Provinsi c. Negara
	Registasi	3		Sebutkan 3 nama objek (kertas, meja, kursi) setelah itu bertanya pada klien, menjawab : a. Kuris b. Kertas b. Meja
3	Perhatian dan kalkulasi	5		Klien diminta berhitung dimulai dari 100, lalu dikurangi 7 hingga 5 tingkat a. 100, 92,.....,...
4	Mengingat	3		Klien diminta menyebut objek pada poin 3. a. Kertas b. Meja c. Kursi

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
5	Bahasa	9		Bertanya kepada klien terkait benda (sembari benda ditunjuk) a. Jendela b. Jam dinding Klien diminta mengulangi kata ini “tetapi, tanpa, dan, jika, atau” Klien memberikan jawaban..., tetapi atau, dan

Sumber : (Sunaryo et al., 2016)

Skore :

0 – 16 : Definitif gangguan kognitif

17 – 33 : Probable gangguan kognitif

33 – 30 : Normal

3) Skala depresi geriatric yasavag

GDS adalah instrumen yang dirancang dengan khusus guna pemeriksaan depresi. Instrumen ini berisikan 30- 15 pertanyaan dengan jawabannya Ya atau Tidak. Instrumen GDS yang berisikan 30 pertanyaan di sebut dengan GDS long versions dan yang berisikan 15 pertanyaan dinamakan GDS short versions.

Tabel 6
GDS Short Version

No	Pertanyaan	Jawaban	Score
1	2	3	4
1	Apakah anda merasa orang lain lebih baik keadaanya daripada anda ?	Ya/ Tidak	
2	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?	Ya/ Tidak	
3	Apakah anda merasa anda penuh semangat ?	Ya/ Tidak	
4	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini ?	Ya/ Tidak	
5	Apakah anda berpikir bahwa hidup anda saat ini menyenangkan ?	Ya/ Tidak	

1	2	3	4
6	Apakah anda merasa banyak mempunyai masalah dengan daya ingat anda disbanding bebanyakan orang ?	Ya/ Tidak	
7	Apakah anda lebih sering tinggal dirumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru ?	Ya/ Tidak	
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya ?	Ya/ Tidak	
9	Apakah anda merasa Bahagia untuk Sebagian besar hidup anda ?	Ya/ Tidak	
10	Apakah anda tahut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?	Ya/ Tidak	
11	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat ?	Ya/ Tidak	
12	Apakah anda sering merasa bosan ?	Ya/ Tidak	
13	Apakah anda merasa hidup anda kosong?	Ya/ Tidak	
14	Apakah anda telah meninggalkan banyak, kegiatan, minat dan kesenangan anda ?	Ya/ Tidak	
15	Apakah anda sebernarnya puas dengan kehidupan anda ?	Ya/ Tidak	
Total			

Sumber : (Sunaryo et al., 2016)

Ya : 1

Tidak : 0

Interpretasi :

Skor 0 – 4 : normal/ tidak depresi (not depressed)

Skor 5 – 9 : depresi ringan (mild depressed)

Skor 10 – 15 : depresi sedang/ berat (sever depressed)

2. **Diagnosis Keperawatan**

Sebagai pengevaluasian klinis terhadap reaksi klien mengenai permasalahan kesehatan maupun proses kehidupan yang dirasakan, baik aktual ataupun potensialnya. Berdasar pada (Tim Pokja, 2017), diagnosa keperawatan dimaksudkan guna mengetahui reaksi individu klien, keluarganya, dan masyarakat atas kondisi yang menyangkut kesehatan. Berikut adalah uraian dari masalah

keperawatan yang mungkin akan timbul pada klien dengan hipertensi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- a. Nyeri akut b.d meningkatnya tekanan vaskular selebral dan iskemia
- b. Menurunnya urah jantung b.d peninngkatan afterload
- c. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- d. Kelebihan volume cairan
- e. Koping yang tidak efektif
- f. Resiko perfusi jaringan otak yang tidak efektif
- g. Defisit pengetahuan
- h. Risiko cedera
- i. Ansietas

Diagnosis keperawatan yang paling banyak ditemukan pada klien yang mengalami hipertensi berdasarkan penjelasan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), yaitu:

- a. Nyeri Akut (D.0077)
 - 1) Definisi : Pengalaman sensoris maupun emosi terkait gangguan jaringan aktual atau fungsionalnya, serangan mendadak ataupun tertunda, dan berinteraksi ringan sampai berat di bawah 3 bulan.
 - 2) Penyebab : Agen pencedera fisiologis (semisal : iskemi, neoplasma, inflamasi,)
 - 3) Tanda dan gejala mayor minor
 - (a) Mayor
 - 1) Subyektif : Mengeluh nyeri

2) Obyektif : Terlihat meringis, sikapnya protektif (ms : posisi menghindari nyeri, waspada), susah tidur, terdapat peningkatan frekuensi nasi, dan gelisah.

(b) Minor

(1) Subyektif : tidak ada

(2)Obyektif : Berubahnya pola nafas, tekanan darah meninngkat, terganggunya proses berpikir, berubahnya nafsu makan, terfokus pada diri sendiri, menarik diri, dan diaforesis.

4) Kondisi Klinis Terkait :

(a) Kondisi pembedahan

(b) Cedera traumatis

(c) Infesi

(d) Glaukoma

(e) Sindrom koroner akut

3. **Intervensi Keperawatan**

Standar asuhan keperawatan memiliki 3 komponen utama yaitu diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan luaran (outcome). Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018).

Tabel 7
Rencana Keperawatan pada nyeri akut

Diagnosis Keperawatan SDKI	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
1	2	3
Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	<p>Sesudah asuhan keperawatan diberikan dalam waktu 3x20 menit hendaknya Tingkat nyeri (L.08066) mengalami penurunan dengan kriteria hasilnya, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meringis menurun 2. Terdapat penurunan keluhan nyeri 3. Terdapat penurunan sikap protektif 4. Gelisah menurun 5. Terdapat penurunan kesulitan tidur 6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik 	<p>Intervensi Utama : Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durasi, frekuensi, karakteristik, lokasi, 2. Intensitas, kualitas nyeri 3. Identifikasikan skala nyeri 4. Identifikasikan respons nyeri non verbal 5. Identifikasikan faktor yang memperingan serta memperberat nyeri 6. Identifikasikan keyakinan dan pengetahuan mengenai nyeri 7. Identifikasikan pengaruh budaya pada respons nyeri 8. Identifikasikan pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 9. Monitoring keberhasilan pemberian terapi komplementerr 10. Monitoring efek samping pemakaian analgetik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik nonfarmakologis guna meredakan rasa nyeri (ms. akupressur, hypnosis, TENS, terapi <i>slow stroke back massage</i>, terapi pijat, terapi musik biofeedback, aroma terapi, kompres dingin/hangat, teknik imajinasi terbimbing, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang meningkatkan rasa nyeri (ms. kebisingan, pencahayaan, Suhu ruangan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur

1	2	3
		4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi mengurangi nyeri <i>Edukasi</i> 1. Menerangkan periode, penyebab, serta penyebab nyeri 2. Menerangkan strategi meredakan nyeri 3. Mengajukan pemantauan nyeri secara mandiri 4. Memberikan anjuran mempergunakan analgetik dengan cara tepat 5. Mengajarkan teknik non farmakologis dalam rangka menekan nyeri <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, apabila diperlukan

Sumber : (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan *Slow Stroke Back Massage*

Implementasi keperawatan adalah salah satu tahapan pelaksanaan proses keperawatan. Selama implementasinya, ada struktur dan urutan penyelenggaraan yang akan mengelola kegiatan pelaksanaan sebagaimana diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan yang telah diidentifikasi. Pengimplementasian keperawatan merujuk pula kepada kapabilitas dadi perawat, baik intelektual ataupun praktis (Lingga, 2019)

Implementasi keperawatan ialah rangkaian kegiatan oleh perawat dalam rangka memberikan bantuan pada pasien dari masalah kesehatannya ke keadaan sehat yang mendeskripsikan suatu kriteria capaian hasil yang diharapkan (Muryanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan ialah tahap paling akhir darii asuhan keperawatan yang mengevaluasi keefektifan seara keseluruhan proses keperawatan. Pengukuran evaluasi keperawatan terhadap keberhasilan perencanaan dan pelaksanaan aktivitas keperawatan yang dilaksanakan untuk memuaskan kebutuhannya pasien Dinarti, Muryanti.(2017).

Komponen catatan perkembangannya, di antaranya: Kartu SOAP (data subyektif, data obyektif, assessment/analisis, serta plan/perencanaan). Pada SLKI tujuan dan Kriteria Hasil Tingkat Nyeri menurun (L.08066) memiliki ketentuan hasil :

- a. Meringis menurun
- b. Terdapat penurunan keluhan nyeri
- c. Terdapat penurunan sikap protektif
- d. Terdapat penurunan gelisah
- e. Kesulitan tidur menurun
- f. Tekanan darah membaik
- g. Frekuensi nadi membaik