

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai beberapa konsep dasar, meliputi 1) konsep dasar Lansia, 2) konsep dasar hipertensi 3) konsep dasar nyeri, 4) konsep asuhan keperawatan lansia yang mengalami Hipertensi dengan masalah gangguan rasa nyaman nyeri.

2.1 Konsep dasar Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Kholifah, 2016).

Lansia adalah sekelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas. Pada lansia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan jaringan yang terjadi (Sunaryo dkk, 2016).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang sudah berusia 60 tahun keatas yang menunjukkan kemunduran fungsi organ tubuh dan banyak menghadapi berbagai masalah kesehatan

sehingga lansia tidak dapat mempertahankan fungsi organ tubuh secara perlahan-lahan dan tidak dapat bertahan terhadap infeksi.

2.1.2 Batasan Lansia

Batasan usia lansia menurut WHO.(sayem, 2018) meliputi:

1. Usia pertengahan (middle age), ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun
2. Lanjut usia (elderly) : antara 60-74 tahun.
3. Lanjut usia tua (old) : antara 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (very old) : diatas 90 tahun

Batasan Lansia menurut Depkes RI(2009) meliputi:

1. Menjelang usia lanjut (45-54 thn) : masa vibrilitas
2. Kelompok usia lanjut (55 – 64 thn) : masa presenium
3. Kelompok usia lanjut (> 64 thn) : masa senium

2.1.3 Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Ketuaan

Faktor yang dapat mempengaruhi penuaan(Kholifah, 2016), meliputi :

1. Hereditas atau ketuaan genetik
2. Nutrisi atau makanan
3. Status kesehatan
4. Pengalaman hidup
5. Lingkungan
6. Stres

2.1.4 Perubahan – perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual.

1. Perubahan Fisik

a. Sistem pendengaran

Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

b. Sistem Intergumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

c. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi.. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan

mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

d. Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

e. Sistem respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru

berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

f. Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

g. Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

h. Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

i. Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur. (Kholifah, 2016)

2. Perubahan Kognitif

- a. Memory (Daya ingat, Ingatan)
- b. IQ (Intellegent Quotient)
- c. Kemampuan Belajar (Learning)
- d. Kemampuan Pemahaman (Comprehension)
- e. Pemecahan Masalah (Problem Solving)
- f. Pengambilan Keputusan (Decision Making)
- g. Kebijaksanaan (Wisdom)
- h. Kinerja (Performance)
- i. Motivasi

3. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

- a. Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa.
- b. Kesehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan (hereditas)
- e. Lingkungan
- f. Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.
- g. Gangguan konsep diri akibat kehilangan kehilangan jabatan.
- h. Rangkaian dari kehilangan , yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.
- i. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri,perubahan konsep diri.

4. Perubahan spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

5. Perubahan Psikososial

a. Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

b. Duka cita (Bereavement)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

c. Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

d. Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif

kompulsif, gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

e. Parafrenia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

f. Sindroma Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin nya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali. (Kholifah, 2016)

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor resiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya mempertahankan tekanan darah secara normal (Wijaya & Putri, 2013).

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi persisten dimana tekanan sistoliknya diatas 140 mmHg dan diastoliknya diatas 90 mmHg (Smeltzer, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah suatu kondisi fisik dimana tekanan darah sistoliknya diatas 140 mmHg dan diastoliknya diatas 90 mmHg secara terus menerus dalam beberapa kali pengukuran.

2.2.2 Klasifikasi hipertensi

Klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa menurut JNC 7 terbagi menjadi kelompok normal, prahipertensi, hipertensi derajat I, dan hipertensi derajat 2.(Nahak GR, 2019).

Table 1 Klasifikasi tekanan darah menurut JNC 7

Klasifikasi Hipertensi	Sistolik (mmHg)	Diatolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	>160	>100

2.2.3 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan,(Nahak GR, 2019) yaitu:

1. Hipertensi Primer (hipertensi esensial)

Hipertensi primer disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebabnya. factor yang mempengaruhinya yaitu: genetic, lingkungan,

hiperaktifitas saraf simpatis system renin, angiotensin dan peningkatan Na^+ Ca intraseluler. factor-faktor yang meningkatkan resiko yaitu: obesitas, merokok, alcohol polisitemia, asupan lemak jenuh dalam jumlah besar, dan stres.

2. Hipertensi sekunder

Penyebab dari hipertensi sekunder meliputi: koarktasio aorta, stenosis arteri renalis, penyakit parenkim ginjal, pemakaian preparat kontrasepsi oral, kokain, epoetin alfa dan hipertensi yang ditimbulkan oleh kehamilan.

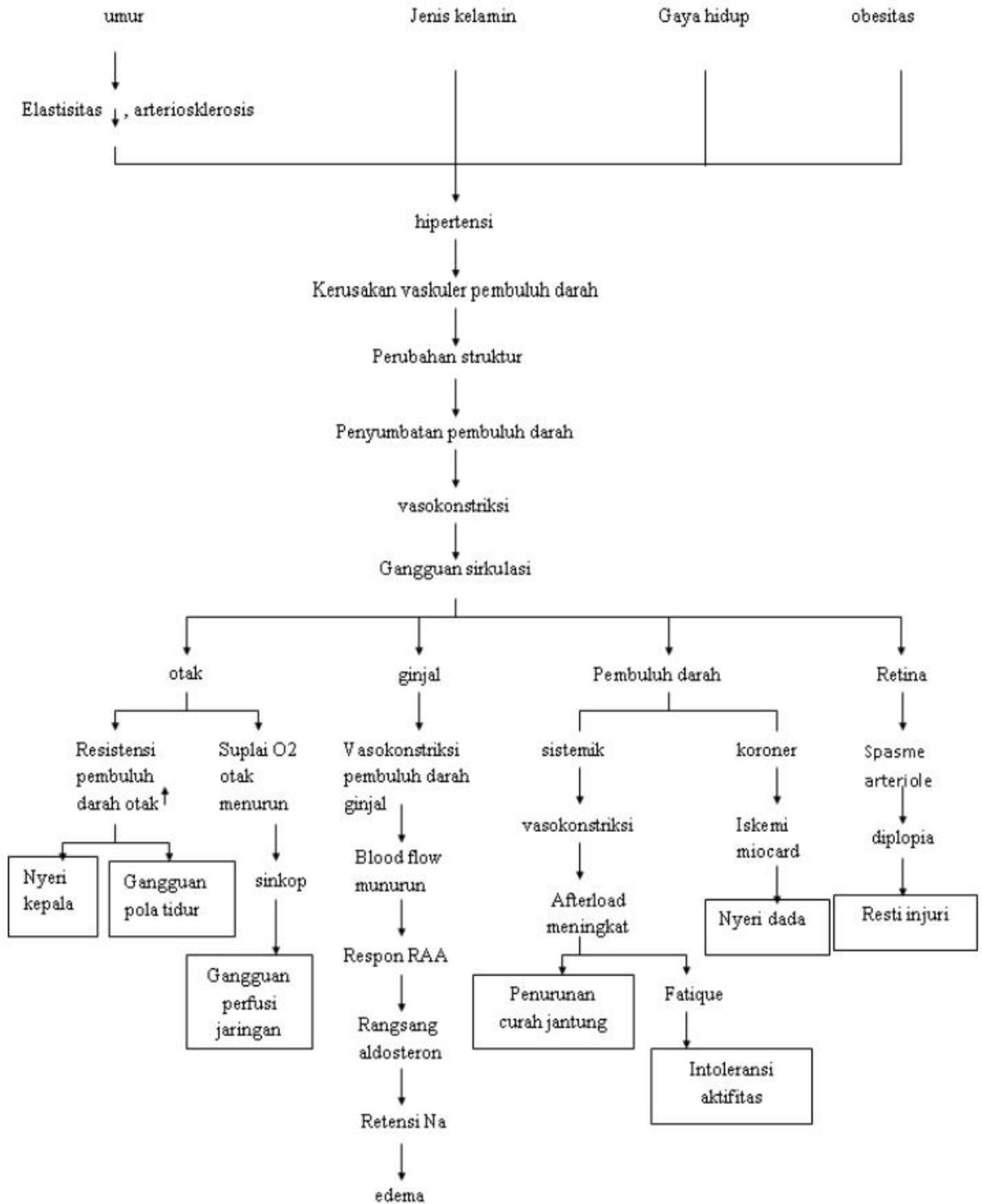
2.2.4 Patofisiologi

Dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth (2000) menjelaskan patofisiologi hipertensi terdapat pada, mekanisme yang mengatur atau mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor. Pada medula otak, dari pusat vasomotor inilah bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna, medula spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls 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. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meski tidak diketahui dengan jelas mengapa bisa terjadi hal tersebut. Pada saat yang bersamaan, sistem saraf simpatis merangsang

pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang. Hal ini mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya untuk memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal dan memicu pelepasan renin. Pelepasan renin inilah yang merangsang pembentukan angiotensin I yang akan diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat yang nantinya akan merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon aldosteron ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan volume intra vaskular. Semua faktor ini dapat mencetus terjadinya hipertensi.(ibrahim, 2011)



2.2.5 Pathway



Gambar 1 (MAYRA, 2013)

2.2.6 Manifestasi klinis

Pada hipertensi tanda dan gejala dibedakan menjadi:

1. Tidak Bergejala: maksudnya tidak ada gejala spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa, jika kelainan arteri tidak diukur, maka hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa.
2. Gejala yang lazim: gejala yang lazim menyertai hipertensi adalah nyeri kepala, kelelahan. Namun hal ini menjadi gejala yang terlazim pula pada kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis (Ibrahim, 2011)

2.2.7 Komplikasi

1. Stroke hemoragi

Hal ini dapat terjadi akibat hemoragi akibat tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak, yang terpapar tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi karena hipertensi kronis apabila arteri memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area otak yang diperdarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah hingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

2. Infark miokard

Ini dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk

trombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia yang menyebabkan infark.

3. Gagal ginjal

GG 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 kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada hipertensi kronis.

4. Ensefalopati (kerusakan otak)

Hal ini 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. Neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.

2.2.8 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostic atau laboratoriu yang diambil adalah :

1. Serum: Aldosteron; Supine nilai normal : 2-5 ng/Dl, Standing nilai normal : 7-20 ng/dL, Kolesterol plasma total Nilai normal :150-199 mg/dL, Nilai normal LDL : 130 mg/dL, Nilai normal HDL : 40 mg/dL, Trigliserida nilai normal : 250 mg/dL

2. Urine : BUN (Blood Urea Nitrogen) ; 8-20mg/dl (2.9-7.1 mmo/L),
Renin ; nilai normal : 0,2-3,3 ng/ml/jam, Asam urat ; nilai normal :
2.5-8 mg/Dl 3).Elektrokardiogram (ECG); Hipertrofi ventrikel kiri,
iskemia.

2.2.9 Penatalaksanaan Hipertensi

1. Secara nonfarmakologi

Pada saat seseorang ditegakkan diagnosanya menderita hipertensi derajat satu, maka yang pertama dilakukan adalah mencari faktor resiko apa yang ada. Kemudian dilakukan upaya untuk menurunkan faktor risiko yang ada dengan modifikasi gaya hidup, sehingga dapat dicapai tekanan darah yang diharapkan. Bila dalam waktu 1 (satu) bulan tidak tercapai tekanan darah normal, maka terapi obat diberikan. Bila hipertensi derajat dua maka intervensi obat diberikan bersamaan dengan modifikasi gaya hidup.

Pola hidup sehat yang dianjurkan untuk mencegah dan mengontrol hipertensi adalah :

- a) Gizi seimbang dan pembatasan gula, garam dan lemak
 - b) Mempertahankan berat badan dan lingkar pinggang ideal
 - c) Gaya hidup aktif/olahraga teratur
 - d) Stop merokok
 - e) Membatasi konsumsi alkohol (bagi yang minum)
- #### 2. Secara farmakologi

Tatalaksana hipertensi dengan obat dilakukan bila dengan perubahan pola hidup tekanan darah belum mencapai target (masih >149/90 mmHg) atau 130/80 mmHg pada diabetes atau ginjal kronik. Pemilihan obat berdasarkan ada/tidaknya indikasi khusus. Bila tidak ada 10 indikasi khusus pilhan obat tergantung dari derajat hipertensi. Terdapat 9 kelas obat antihipertensi untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan.

Penambahan obat kedua dari kelas yang berbeda dimulai apabila pemakaian obat dosis tunggal dengan dosis lazim gagal mencapai target tekanan darah. Apabila tekanan darah melebihi 20/10 mmHg di atas target, dapat di pertimbangkan utnuk memulai terapi dengan dua obat.(Nahak GR, 2019)

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri (Pain) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan.Sifatnya sangat subjektif karna perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengefakuasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat, 2008 dalam Fitria, 2017)).

Internasional Association for Study of Pain (IASP), mendefenisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut

yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter & Perry).

Nyeri merupakan sensasi yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh. Nyeri seringkali dijelaskan dalam istilah proses destruktif jaringan (misalnya seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti dirobekrobek, seperti diremas-remas) atau suatu reaksi badan/emosi (misalnya perasaan takut, mual, mabuk). Terlebih lagi setiap perasaan nyeri dengan intensitas sedang sampai kuat disertai dengan rasa cemas (ansietas) dan keinginan kuat melepaskan diri dari perasaan itu (Harrison, 1999). Peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik timbul sebagai respon terhadap nyeri dan dapat Universitas Sumatera Utara mengakibatkan perubahan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, dan warna kulit. (Fitria, 2017)

2.3.2 Fisiologi Nyeri

Terjadinya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin, yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada viscera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti bradikinin, histamin, prostaglandin, dan macam macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat

kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis. (Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawati, 2016).

2.3.3 Klasifikasi Nyeri

Secara umum nyeri dibedakan menjadi 2 yakni: nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis adalah nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam nyeri kronis ini adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

Bila ditinjau dari sifat terjadinya, nyeri dibagi menjadi nyeri tertusuk dan nyeriterbakar. (Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawati, 2016)

Table 2 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status ekstensi
Sumber	Sebab eksternal/penyakit dari dalam	Tidak diketahui /pengobatan yang terlalu lama
serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung

Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi
Gejala-gejala nyeri	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respons yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat

2.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Pengalaman nyeri seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain:

1. *Arti nyeri*

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, dan pengalaman.

2. *Persepsi nyeri*

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subyektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimuli nociceptor.

3. *Toleransi nyeri*

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain: alkohol, obat-obatan, hipnotis, dan lain-lain. Sedangkan faktor yang dapat menurunkan toleransi nyeri antara lain: kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

4. *Reaksi terhadap nyeri*

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respon nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia dan lain-lain.

2.3.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keamanan dan Kenyamanan

1. *Emosi*

Kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi keamanan dan kenyamanan.

2. *Status mobilisasi*

Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya risiko injury.

3. *Gangguan persepsi sensory*

Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan.

4. *Keadaan imunitas*

Gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit.

5. *Tingkat kesadaran*

Pada pasien koma, respons akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.

6. *Informasi atau komunikasi*

Gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.

7. *Gangguan tingkat pengetahuan*

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

8. *Penggunaan antibiotik yang tidak rasional*

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok.

9. *Status nutrisi* Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat berisiko terhadap penyakit tertentu.

10. *Usia*

Pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri.

11. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

12. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mnegtasi nyeri dan tingkat kenyamanan yang mereka punyai.(Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawati, 2016)

2.3.6 Intensitas Nyeri

1. Face scale (skala wajah)

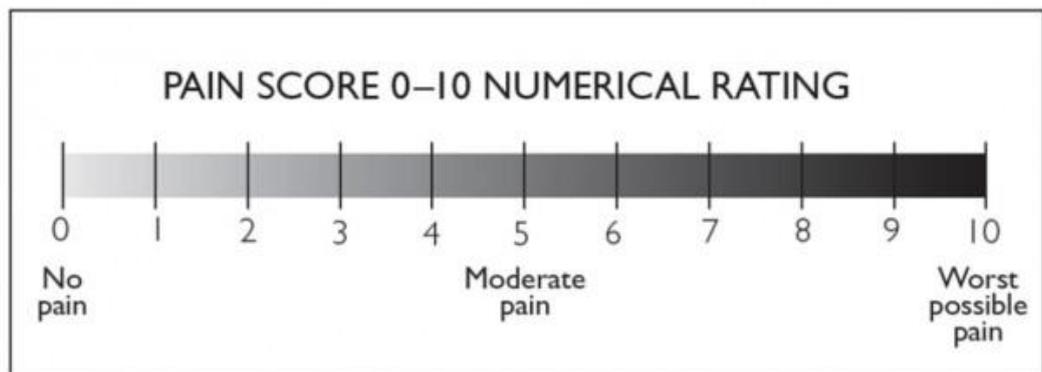
Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjuk gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan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

Gambar 2 face scale nyeri menurut Mubarak et al, 2015



2. Numeric Rating Scale (NRS)

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik. (Tjahya, 2017)



Gambar 3 Menurut Tjahya, 2017)

2.3.7 Penatalaksanaan nyeri

Sifat nyeri tersebut mempengaruhi kesejahteraan individu menentukan pilihan terapi atau manajemen dan penanganannya. dengan seorang perawat membantu meredakan nyeri dengan memberikan pereda nyeri melalui pendekatan /manajemen farmakologis dan non farmakologis (Andarmoyo, 2013)

1. Intervensi Farmakologi

- a. Analgesik non-narkotik umumnya anti inflamasi non steroid (NSAID)

NSAID umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang seperti nyeri terkait dengan artitis reumatoid. kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. Contoh NSAID adalah ibuprofen (*diminore*), *naproksen* (nyeri kepala vaskuler), *proksikam* (gout) *kotorotak* (nyeri pasca operasi). Untuk non narkotik adalah *asetaminofen* (nyeri pasca operasi ringan), *asam asetilsalifat* (demam)

b. Analgesik Narkotik

Analgesik naekotik umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat seperti pasca operasi dan nyeri maligna. contoh mempridin (nyeri kanker), metimorfin (*infark miokard*)

c. Obat tambahan adjuvan

Adjuvan seperti deratif, anti cemas dan relaksasi otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual dan muntah. sedatif sering kali untuk penderita nyeri kronik contoh amitripin (cemas) hidroksin (depresi) klorpromazin (mual) diazepam (muntah)

2. Intervensi non-farmakologi:

a. Terapi kompres dingin atau panas

Pemakaian kompres es atau dingin dapat menurunkan prostaldin yang memperkuat sensitivitas reseptor

nyeri dan subkutan lain padaa tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi.terapi es bisa diletakan di bawah tempat cedera setelah terjadi. Untuk kompres panas biasanya dilakukan di bagian tubuh tertentu.dengan pemberian panas pembuluh darah darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut.

b. Stimulasi Saraf Elektris Traskutan(TENS)

Suatu alat yang menggunakan aliran listrik baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi yang dihubungkan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan menggetar dan mendengung pada area nyeri.TENS dapat menurunkan nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri dalam area yang sama seperti pada serabut yang menstransmisikan nyeri.

c. Distraksi

Memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri dapat diartikan suatu tindakan pengalihan pasien ke hal hal luar nyeri,diharapka pasien tidak terfokuskan ke nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri

d. Relaksasi

Suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik ketegangan dan stress hingga meningkatkan toleransi terhadap

nyeri. Teknik relaksasi sederhana adalah napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama pasien dapat memejamkan matanya dengan perlahan dan nyaman. Periode relaksasi yang teratur dapat melawan kelelahan dan ketegangan nyeri otot yang terjadi nyeri kronis dan meningkatkan nyeri

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia yang Mengalami Hipertensi dengan masalah Gangguan Rasa Nyaman Nyeri

2.4.1 Pengkajian data

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

2. Keluhan utama

Klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah sering merasa pusing, letih, detak jantung berdenyut kencang, Nyeri pada bagian belakang kepala, dan sulit tidur.

3. Data riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat klien sedang melakukan aktivitas sering merasa lelah. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, Tekanan darah > 140 mmHg, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

b. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi,diabetes militus,penyakit jantung, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti kougulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

c. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

4. Riwayat psikososial dan spiritual

Peranan pasien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, hubungan dengan tetangga tidak harmonis, status dalam pekerjaan. Dan apakah klien rajin dalam melakukan ibadah sehari-hari.

Table 3 Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut (mubarak et al,2015):

Karakteristik	Keterangan
P (provokatif atau paliatif)	<p>a Merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri</p> <p>pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa:</p> <p>b Apa yang menyebabkan gejala nyeri ?</p>

Q (kualitas atau kuantitas)	<p>a. Merupakan data yang menyebutkan seperti apa</p> <p>b. nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :</p> <p>c. Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?</p>
R (Regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi)	<p>a. Merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa :</p> <p>Dimana gejala nyeri terasa ?</p>
S (Skala)	<p>Merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa : seberapa parah nyeri yang dirasakan</p>
T (time atau waktu)	<p>a. Merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :</p> <p>Kapan gejala nyeri mulai dirasakan ?</p> <p>Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap ?</p> <p>Berapa lama nyeri berlangsung ?</p>

Pemeriksaan Fisik:

1. Keadaan umum:

- a) Kesadaran = GCS (*glaslow coma scale*) meliputi eye, verbal, motorik dengan normal 4-5-6

b) Tanda tanda vital meliputi= Tekanan darah tinggi 140> mmHg,Nadi 90x/menit,suhu 37 C,RR 24x/menit dengan skala nyeri 1-10,didapatkan nyeri 4 yaitu nyeri cukup mengganggu di bagian belakang kepala

c) Sistem Pernafasan(*breathing*) B1

Mengeluh sesak nafas saat aktivitas, takipnea, orthopnea (gangguan pernafasan pada saat berbaring), PND, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok. Temuan fisik meliputi sianosis, penggunaan otot bantu pernafasan, terdengar suara napas tambahan (ronchi rales, wheezing) (Udjianti Wajan, 2013)

d) Sistem kardiovaskular(*blood*) B2

- 1) Inspeksi : gerakan dinding abnormal
- 2) Palpasi : denyut apical kuat
- 3) Perkusi :denyut apical bergeser dan/ atau kuat angkat
- 4) Auskultasi : denyut jantung takikardia dan disritmia, bunyi jantung S2 mengeras S3 (gejala CHF dini). Murmur dapat terdengar jika stenosis atau insufisiensi katup. (Udjianti Wajan, 2013)

e) Sistem Persyarafan(*brain*) B3

Melaporkan serangan pusing/ pening, sakit kepala berdenyut di suboksipital, episode mati-rasa, atau kelumpuhan salah satu sisi nadan. Gangguan visual (diploopia- pandangan ganda atau pandangan kabur) dan episode epistaksis (Udjianti Wajan, 2013)

f) Sistem Perkemihan (*bladder*) B4

Temuan fisik produksi urine <50 ml/jam atau oliguri (Udjianti Wajan, 2013)

g) Sistem Pencernaan (*bowel*) B5

Melaporkan mual, muntah, perubahan BB dan riwayat pemakaian diuretik. Temuan fisik meliputi : BB normal atau obesitas, edema, kongesti vena, distensi vena jugularis, dan glikosuria(Udjianti Wajan, 2013)

h) Sistem integumen otot (bone) B6

Suhu kulit dingin, warna kulit pucat, pengisian kapiler lambat (>2 detik), sianosis, diaphoresis, atau flusing (Udjianti Wajan, 2013)

Pemeriksaan Penunjang:

1. EKG : menilai adanya hipertrofi miokard, pola stain, gangguan konduksi atau disritmia(Udjianti, 2013, p. 110)
2. Pemeriksaan Laboratorium (Haryanto & Rini, 2014) meliputi:
 - a. Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengidentifikasi faktor risiko seperti : Hipokoagubilitas, anemia
 - b. BUN/ keratinin : memberikan informasi tentang perfusi/ fungsi ginjal
 - c. Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM
3. CT Scan : mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati

4. IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : Batu ginjal, perbaikan ginjal
5. Photo dada: menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan merupakan langkah kedua dalam proses keperawatan yaitu mengklasifikasi masalah kesehatan dalam lingkup keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respons seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual ataupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Tujuan pencatatan diagnosa keperawatan yaitu sebagai alat komunikasi tentang masalah pasien yang sedang dialami pasien saat ini dan merupakan tanggung jawab seseorang perawat terhadap masalah yang diidentifikasi berdasarkan data serta mengidentifikasi pengembangan rencana intervensi keperawatan (PPNI, 2016). Diagnosa pada asuhan keperawatan ini adalah Nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

2.4.3 Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Nyeri kepala berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler serebral</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan nyeri kepala berkurang</p> <p>Kriteria hasil / Luaran (L.08066):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri skala 6 menjadi 5 2. Gelisah menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Frekuensi nadi 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non Farmakologis mengoleskan

		membaik	<p>aromaterapi untuk memebrikan efek hangat</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>c. Edukasi</p> <p>1. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>2. Anjurkan menggunakan analgetik secara Rutin</p> <p>3. Anjurkan melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi</p>
--	--	---------	---

			rasa nyeri d. Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu
--	--	--	---

Sumber : (Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia) & (Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Menurut (Kozier B, 2010) Implementasi keperawatan adalah sebuah fase dimana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan menurut (Kozier B, 2010) adalah fase kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing) .