

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Lansia atau Lanjut usia bisa dikatakan sebagai tahap akhir dari pertumbuhan atau perkembangan pada kehidupan manusia. Menurut UU No 13/Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia disebutkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun. Lanjut usia akan mengalami penurunan pada fungsi tubuh akibat perubahan fisik, psikososial, kultural dan spiritual.

Sejak dahulu manusia berusaha agar dapat mencapai umur panjang. Berbagai macam obat pernah dipikirkan untuk memperpanjang usia dan banyak orang mencarinya. Lanjut usia bukan penyakit, tetapi suatu bagian dari masa atau tahap hidup manusia yaitu: bayi, kanak-kanak, dewasa, tua dan lanjut usia.

Proses penuaan merupakan suatu proses alami yang tidak dapat dicegah dan merupakan hal yang wajar dialami oleh orang yang diberi karunia umur panjang , dimana semua orang berharap akan menjalani hidup dengan tenang, damai serta menikmati masa pension bersama anak dan cucu tercinta dengan penuh kasih sayang (Hamid,2006) dalam jurnal Anis Ika Nur Rohmah,Purwaningsih,Khoridatul Bariyah (2012)

Tidak semua lanjut usia dapat mengecap kondisi idaman ini. Proses menua tetap menimbulkan permasalahan baik secara fisik ,biologis, mental maupun sosial ekonomi (Nugroho,2000) dalam Anis Ika Nur Rohmah,Purwaningsih,Khoridatul Bariyah (2012).

Disinilah pentingnya adanya panti werdha sebagai tempat untuk pemeliharaan dan perawatan bagi lansia,di samping long stay rehabilitation yang tetap memelihara kehidupan bermasyarakat (Nenk,2010). Namun berdasarkan penelitian penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa quality of life lanjut usia yang tinggal di panti werdha yang lebih rendah daripada lansia yang tinggal dirumah (Ekwall,2005; Elvinia,2006)

Pada masa lanjut usia,seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif maupun dalam kehidupan psikososialnya (Papalia,et al,2001;Ariyanti,(2009). Keempat domain dalam kualitas hidup diidentifikasi sebagai suatu perilaku,status keberadaan,kapasitas potensial dan persepsi atau pengalaman subjektif (WHOQOL 1994) dalam dalam jurnal Anis Ika Nur Rohmah,Purwaningsih,Khoridatul Bariyah (2012). Ratna (2008) juga menambahkan jika kebutuhan kebutuhan tersebut tidak terpenuhi , akan timbul masalah masalah dalam kehidupan lanjut usia yang akan menurunkan kualitas hidupnya.

Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tahap tahap kehidupannya, yaitu nenonatus, toddler, pra school, remaja, dewasa dan lansia, terhadap beberapa ini dimulai baik

secara biologis maupun psikologis (Padila,2013). Menurut Komisi Nasional Lansia dengan semakin meningkatnya penduduk lansia, dibutuhkan perhatian dari semua pihak dalam mengantisipasi berbagai permasalahan yang berkaitan dengan penuaan penduduk. Penuaan penduduk membawa berbagai implikasi baik dari aspek social, ekonomi, hokum, politik dan terutama kesehatan (Komisi Lansia, 2010)

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), lanjut usia meliputi,

1. Usia pertengahan (*Middle Age*), ialah kelompok usia 45-59 tahun.
2. Lanjut usia (*Elderly*), ialah 60-70 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*), ialah 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*Very Old*), ialah diatas 90 tahun

2.1.3 Karakteristik Lansia

Lansia memiliki 3 karakteristik sebagai berikut :

1. Berusia lebih dari 60 tahun
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial hingga spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi

2.1.4 Tipe Lansia

Nugroho (2000) dalam Dewi Rhosma, S. (2014) banyak ditemukan bermacam macam tipe lansia. Beberapa diantaranya yang menonjol adalah

:

1. Tipe arif bijaksana

Lansia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

2. Tipe mandiri

Lansia kini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

3. Tipe tidak puas

Lansia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan status, teman yang di sayangi, pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik

4. Tipe pasrah

Lansia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, melakukan berbagai jenis pekerjaan.

5. Tipe bingung

Lansia yang sering kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

2.1.5 Perubahan psikosial pada lansia

Pada hakekatnya menjadi tua adalah proses yang alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu masa kanak-kanak, masa dewasa dan masa tua (Nugroho, 1992) dalam (Aspiani Yuli,

2014). Tiga tahapan ini berbeda baik secara biologis maupun secara psikologis. Memasuki masa tua berarti mengalami kemunduran secara fisik maupun secara psikis. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit mengendor, rambut putih, penurunan pendengaran, penglihatan menurun, gerakan lambat, kelainan berbagai fungsi organ vital, sensitivitas emosional meningkat.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Pengertian Hipertensi

Istilah hipertensi diambil dari bahasa Inggris *hypertension* yang berasal dari bahasa Latin “*hyper*” dan “*tension*”. “*Hyper*” berarti super atau luar biasa dan “*tension*” berarti tekanan atau tegangan. Hypertension akhirnya menjadi istilah kedokteran yang populer untuk menyebut penyakit tekanan darah tinggi. Tekanan darah adalah tenaga yang dipakai oleh darah yang dipompakan dari jantung untuk melawan tahanan pembuluh darah, jika tekanan darah seseorang meningkat dengan tajam dan kemudian menetap tinggi, orang tersebut dapat dikatakan mempunyai tekanan darah tinggi atau hipertensi (Gunawan, 2001) dalam jurnal Idea Nursing Journal Vol. II No. 1 (2011).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus-menerus lebih dari suatu periode. Hal ini terjadi bila arteriole-arteriole konstriksi. Konstriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri (Udjianti WJ, 2011).

Hipertensi adalah peningkatan abnormal pada tekanan sistolik 140 mm Hg atau lebih dan tekanan diastolic 120 mmHg (Sharon, L.Rogen, 1996) dalam. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHG dan tekanan darah diastolic lebih dari 90 mmHG (Luckman Sorensen,1996). Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan darah diastolic 90 mmHg atau lebih. (Barbara Hearrison 1997). Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah peningkatan tekanan darah yang abnormal dengan sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolic lebih dari 90 mmHg (Hidayat Syaiful 2015).

2.2.2 Etiologi

Hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi 2 golongan besar yaitu (Lany Gunawan, 2001) dalam (Hidayat Syaiful 2015):

1. Hipertensi essensial (hipertensi primer) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya.
2. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang di sebabkan oleh penyakit lain.

(1) Hipertensi Primer

Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi

sebagai respon peningkatan cardiac output atau peningkatan tekanan perifer. Namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi:

- a) Genetik: Respon nerologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport Na
- b) Obesitas: Terkait dengan level insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c) Stress Lingkungan.
- d) Hilangnya Elastisitas jaringan and arterisklerosis pada orang tua serta pelabaran pembuluh darah.

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan – perubahan pada :

- a) Elastisitas dinding aorta menurun
- b) Katub jantung menebal dan menjadi kaku
- c) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- d) Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
- e) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

Faktor Faktor penyebab terjadinya dari Hipertensi adalah sebagai berikut :

a) Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

b) Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah:

1. Umur (jika umur bertambah maka TD meningkat)
2. Jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan)
3. Ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih)

c) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah :

1. Konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr)
2. Kegemukan atau makan berlebihan
3. Stress
4. Merokok
5. Minum alkohol
6. Minum obat-obatan (ephedrine, prednison, epineprin)

(2) Hipertensi Sekunder

Penyebab hipertensi sekunder adalah :

a. Ginjal

1. Glomerulonefritis

2. Pielonefritis
3. Nekrosis tubular akut
4. Tumor

b. Vascular

1. Aterosklerosis
2. Hiperplasia
3. Trombosis
4. Aneurisma
5. Emboli kolestrol
6. Vaskulitis

c. Kelainan endokrin

1. DM
2. Hipertiroidisme
3. Hipotiroidisme

d. Saraf

1. Stroke
2. Ensepalitis

e. Obat – obatan

1. Kontrasepsi oral
2. Kortikosteroid



2.2.3 Patofisiologi

Dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth (2000) dikutip dari dalam jurnal Ibrahim Idea Nursing Journal Vol. II No. 1 (2011) 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 preganglion* 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.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada pasien yang menderita hipertensi yaitu umumnya tidak dirasakan oleh seseorang, seringkali pasien menganggap bila tidak ada keluhan, berarti TD tidak tinggi. Hal tersebut harus diwaspadai karena gejala hipertensi mulai dari tanpa keluhan/gejala sama sekali baik yang dirasakan oleh pasien maupun yang tampak oleh orang lain (dokter) sampai gejala yang demikian berat. Misalnya TD sangat tinggi (ekstrimnya, TD dapat mencapai 240/130mmHg tetapi tanpa keluhan). Sebaliknya ada individu yang TD sistoliknya baru mencapai 140mmHg atau diastoliknya mencapai 90mmHg sudah merasakan keluhan misalnya pusing/berputar/melayang dan sebagainya yang mengganggu aktivitas pasien sehari-hari. Jadi perlu ditekankan pada pasien dan masyarakat bahwa hipertensi jangan dilihat dan dirasakan dari gejalanya, tetapi lakukan pemeriksaan TD secara berkala walaupun belum pernah mengalami TD tinggi.

Menurut jurnal Ibrahim Idea Nursing Journal Vol. II No. 1 (2011) 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.

Menurut Rokhaeni (2001) dalam (Hidayat Syaiful 2015) manifestasi klinis dari Hipertensi yaitu :

1. Mengeluh sakit kepala dan pusing
2. Lemas, kelelahan
3. Sesak nafas
4. Gelisah
5. Mual
6. Muntah
7. Kesadaran Menurun

2.2.5 Klasifikasi

Kriteria klasifikasi hipertensi yang baru saat ini tidak lagi menggunakan istilah hipertensi ringan, sedang, dan berat (WHO tahun 1991-1999), karena baik hipertensi ringan, sedang, dan berat memiliki risiko yang sama besarnya untuk terjadi komplikasi. Sekali lagi ditekankan pada pasien, keluarga pasien maupun dokternya untuk tidak menganggap ringan tekanan darah yang tidak terlalu tinggi. Lebih awal *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment on High Blood Pressure 6 (JNC 6)* membagi kriteria hipertensi berdasarkan tiga derajat, tetapi dengan banyaknya komplikasi yang timbul, batasan kriteria tersebut dipersempit

(Aziza L, 2007). Secara klinis derajat hipertensi dapat dikelompokkan sesuai dengan rekomendasi dari “*The Sixth Report of The Joint National Committee, Prevention, Detection and Treatment of High Blood Pressure* “ (JNC – VI, 1997) dalam (Hidayat Syaiful 2015) sebagai berikut

Tabel 2.1 : Klasifikasi Hipertensi

NO	KATEGORI	SISTOLIK (mmHg)	DIASTOLIK (mmHg)
1	Optimal	<120	<80
2	Normal	120-129	80-84
3	High Normal	130-139	85-89
4	Hipertensi		
	Grade 1 (ringan)	140-159	90-99
	Grade 2 (sedang)	160-179	100-109
	Grade 3 (berat)	180-209	100-119
	Grade 4 (sangat berat)	>210	>120

Sumber : (Hidayat Syaiful 2015)

2.2.6 Penatalaksanaan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Penatalaksanaan Hipertensi ada 2 yaitu penatalaksanaan farmakologi dan juga penatalaksanaan non farmakologi. Berikut adalah penjelasannya :

1. Penatalaksanaan Non Farmakologi

- a. Diet : Pembatasan atau pengurangan konsumsi garam. Penurunan BB dapat menurunkan tekanan darah
- b. Aktivitas : Klien disarankan untuk berpartisipasi pada kegiatan dan disesuaikan dengan batasan medis dan sesuai dengan kemampuan seperti berjalan, jogging, bersepeda atau berenang.
- c. Berhenti merokok, pada pasien dengan hipertensi ringan sampai sedang (tekanan diastolik 90-105 mmHg dan atau sistolik 160-180mmHg).

Terapi nonfarmakologi dapat dicoba selama 3 sampai 6 bulan sebelum mempertimbangkan pemberian terapi farmakologis. Pada hipertensi berat, perubahan gaya hidup dan terapi farmakologi harus dijalani secara bersama-sama. Pola makan makanan tinggi kalium dan kalsium serta rendah natrium juga merupakan metode terapi nonfarmakologis pada lansia penderita hipertensi ringan.

2. Penatalaksanaan Farmakologi

Secara garis besar terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian atau pemilihan obat anti hipertensi yaitu:

- a. Mempunyai efektivitas yang tinggi.
- b. Mempunyai toksitas dan efek samping yang ringan atau minimal.
- c. Memungkinkan penggunaan obat secara oral.
- d. Tidak menimbulkan intoleransi.
- e. Harga obat relative murah sehingga terjangkau oleh klien.

- f. Memungkinkan penggunaan jangka panjang.

Golongan obat - obatan yang diberikan pada klien dengan hipertensi seperti golongan diuretic, golongan betabloker, golongan antagonis kalsium, golongan penghambat konversi rennin angiotensin

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Riwayat dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh

- a. Pemeriksaan retina
- b. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kerusakan organ seperti ginjal dan jantung
- c. EKG untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri
- d. Urinalisa untuk mengetahui protein dalam urin, darah, glukosa
- e. Pemeriksaan : renogram, pielogram intravena arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin.
- f. Foto dada dan CT scan.

2.3 Konsep Masalah Keperawatan

2.3.1 Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan bentuk dari rasa ketidaknyamanan, yang di definisikan dalam berbagai perspektif. Asosiasi Internasional untuk penelitian nyeri (*International Association for the study of pain, IASP* 1979) menurut Suzanne C. Smeltzer, (2002) yang diambil dari buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri oleh Andarmoyo S (2013) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman

emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial atau yang dirasakan dalam kejadian kejadian seperti kerusakan. Nyeri merupakan masalah kesehatan yang kompleks dan merupakan salah satu alasan seseorang untuk segera mencari pertolongan medis. Nyeri dapat mengenai semua orang tanpa memandang jenis kelamin, usia, suku, ras dan budaya, status sosial dan juga pekerjaan.

2.3.2 Sifat Nyeri

Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Menurut McCaffery (1980) dalam Andarmoyo S (2013), *“Whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does.”* Nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri. McMahon (1994) Andarmoyo S (2013) menemukan 4 atribut pasti untuk pengalaman nyeri, antara lain (1) nyeri bersifat individu; (2) tidak menyenangkan; (3) merupakan suatu kekuatan yang mendominasi; (4) bersifat tidak berkesudahan. Nyeri adalah suatu mekanisme protektif bagi tubuh, ia timbul bilamana jaringan sedang sedang dirusak dan ia menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsang nyeri tersebut. Nyeri merupakan suatu peringatan bahwa sedang terjadi kerusakan jaringan, yang harus menjadi pertimbangan utama perawat saat mengkaji nyeri.

2.3.3 Klasifikasi Nyeri

Wolf (1989) dalam Andarmoyo S (2013) secara kualitatif membagi nyeri menjadi dua jenis, yakni nyeri fisiologis dan nyeri patologis. Perbedaan utama antara kedua jenis nyeri ini adalah nyeri fisiologis sensor formal berfungsi sebagai alat proteksi tubuh. Sementara nyeri patologis merupakan sensor abnormal yang dirasakan oleh seseorang yang dapat dipengaruhi oleh seseorang yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adanya trauma dan infeksi bakteri ataupun virus.

1. Klasifikasi nyer berdasarkan durasi :

a) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat.

b) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan ysgn diterapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

2. Klasifikasi nyeri berdasarkan asal

a) Nyeri *Nosiseptif*

Nyeri nosiseptif merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivasi atau sensititasi nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus *noxious*

b) Nyeri *Neuropatik*

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Berbeda dengan nyeri nosiseptif, nyeri neuropatik bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal oleh sistem saraf perifer.

2.3.4 Faktor Faktor yang mempengaruhi respons nyeri

McCaffery dan Pasero (1999) dalam Prasetyo (2010) menyatakan bahwa hanya klienlah yang paling mengerti dan memahami tentang nyeri yang ia rasakan. Oleh karena itulah dikatakan klien sebagai *expert* tentang nyeri yang ia rasakan.

Terdapat berbagai faktor yang dapat memengaruhi persepsi individu terhadap nyeri. Sebagai tenaga kesehatan, seorang perawat perlu memahami faktor faktor tersebut agar dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap klien yang mengalami masalah nyeri.

Faktor faktor tersebut antara lain sebagai berikut :

a) Usia

Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Sebab,

mereka belum dapat mengucapkan dengan kata kata untuk mengungkapsn secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orangtua atau petugas kesehatan.

Pada pasien lansia, seorang perawat harus melakukan pengkajian secara lebih rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri. Pada kondisi lansia sering kali memiliki sumber nyeri yang lebih dari satu. Terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama. Meskipun banyak lansia mencari perawatan kesehatan karena nyeri, yang lainnya enggan untuk mencari bantuan bahkan ketika mengalami nyeri hebat, karena mereka menganggap bahwa nyeri yang dirasakan adalah bagian dari proses penuaan yang normal yang terjadi pada setiap lansia.

b) Jenis Kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin dalam memaknai nyeri (misal; menganggap bahwa seorang anak laki laki harus berani dan tidak boleh menangis,, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama) (Potter & Perry, 2006) dalam Andarmoyo S (2013).

c) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan memengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka.

d) Makna nyeri

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

e) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan sesuatu perasaan ansietas.

2.3.5 Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007) dalam Andarmoyo S (2013).

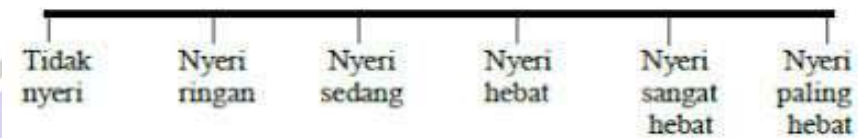
Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

1. Skala numerik



Gambar 2.1 : Skala Numerik

2. Skala deskriptif



Gambar 2.2 : Skala Deskriptif

3. Skala analog visual



Gambar 2.3 : Skala Analog Visual

(a) Skala Numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical rating scales, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik

(b) Skala Deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian ini dirangking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan.

(c) Skala Analog Visual

Skala analog visual (*Visual analog scale, VAS*) adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam centimeter (Smeltzer, 2002) dalam Andarmoyo S (2013).

2.3.6 Karakteristik Nyeri

Untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah /keluhan secara lengkap, pengkajian yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji

karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan alaisis symptom.

Komponen pengkajian analisis symptom meliputi (PQRST) :

P (*Paliatif/Provocatif* = yang menyebabkan timbulnya masalah), Q (*Quality* dan *Quantity* = Kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan), R (Region = lokasi nyeri), S (*Severity* = keparahan), T (*Timing* = waktu).

Tabel 2.2

Tabel analisis Simptom Pengkajian Nyeri

Sumber : Andarmoyo S (2013)

P	Q	R	S	T
Provokatif atau paliatif	Kualitas atau kuantitas	Regional/area terpapar/radiasi	Skala keparahan	Timing atau waktu
Apaakah yang menyebabkan gejala? Apa saja yang dapat mengurangi dan memperberatnya?	Bagaimana gejala (nyeri) dirasakan, sejauhmana anda merasakannya sekarang?	Dimana gejala terasa? Apakah menyebar?	Seberapa keparahan dirasakan (nyeri dengan skala berapa? (1-10)	Kapan gejala mulai timbul? Seberapa sering gejala terasa? Apakah tiba tiba atau bertahap
1) Kejadian awal apakah yang anda lakukan sewaktu gejala (nyeri) pertama kali dirasakan? Apakah yang menyebabkan nyeri? Posisi? Aktivitas tertentu?	1) Kualitas bagaimana gejala nyeri dirasakn? 2) Kuantitas sejauh mana gejala nyeri dirasakan sekarang? Sangat dirasakan hingga tidak	1) Area, dimana gejala nyeri dirasakan? 2) Radiasi/area terpapar apakah nyeri merambat pada punggung atau lengan?	1) Nyeri yang dirasakan pada skala berapa? Apakah ringan, sedang, berat atau tak tertahankan (1-10)	1) Onset. Tanggal dan jam gejala terjadi 2) Jenis. Tiba-tiba atau bertahap 3) Frekuensi setiap jam, hari,

Apakah yang menghilangkan gejala nyeri? 2) Apakah yang memperburuk gejala nyeri	dapat melakukan aktivitas? Lebih parah atau lebih ringan dari yang dirasakan sebelumnya	Merambat pada leher tau merambat pada kaki?		minggu, bulan, sepanjang hari, pagi, siang, malam. Mengganggu istirahat tidur? Terjadi kekambuhan? 4) Durasi. Seberapa lama gejala dirasakan
--	--	---	--	---

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta menentukan pola respons klien saat ini dan waktu sebelumnya (Carpenito-Moyet, 2005 dalam Potter & Perry, 2009) dalam Andarmoyo S (2013)

a. Anamnesa

Anamnesa pada lansia dengan hipertensi meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dan pengkajian psikososial.

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (biasanya terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pekerjaan, agama, pendidikan, alamat, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register dan diagnosa medis.

2. Keluhan Utama

Keluhan yang biasa di derita pada pasien Hipertensi adalah pusing (nyeri kepala), mual, sukar tidur, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, dan mata berkunang kunang.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Kronologi peristiwa hipertensi biasanya meliputi peningkatan frekuensi denyut jantung, distrimia dan takipnea. Pada riwayat penyakit sekarang bisa dilakukan pengkajian berupa PQRSST yaitu P (Paliatif/Provocatif = yang menyebabkan timbulnya masalah), Q (Quality dan Quantity = Kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan), R (Region = lokasi nyeri), S (Severity = keparahan), T (Timing = waktu).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit Hipertensi, Kardiovaskuler, ginjal, diabetes. Pengkajian tentang pemakaian obat obat yang sering digunakan pasien, seperti pemakaian obat antihipertensi. Adanya riwayat merokok, obesitas, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita Hipertensi, Jantung, Stroke, DM

b. Pola aktifitas sehari-hari

Data tentang kebiasaan pasien misalnya seperti makan dan minum, aktifitas pasien sehari-hari, merokok atau tidaknya pasien, hal tersebut untuk mengetahui adanya bahaya bagi pasien. Selain data tersebut data yang harus dikaji adalah data tentang kebiasaan BAB yang tidak baik (sembelit) dapat meningkatkan tekanan darah.

c. Pengkajian psikososiospiritual

Apakah ada dampak yang timbul pada pasien yaitu timbul seperti perubahan kepribadian, ansietas, depresi, rasa marah. Temuan fisik meliputi kegelisahan, penyempitan lapang perhatian, menangis, otot wajah tegang terutama disekitar mata, menarik napas panjang, dan pola bicara cepat.

d. Pengkajian status fungsional lansia

Pengkajian status fungsional adalah suatu pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan aktifitas kehidupan sehari hari secara mandiri.

Indeks Katz

Indeks Katz adalah alat yang digunakan untuk menentukan hasil tindakan dan prognosis pada lansia dan penyakit kronis.

Tabel 2.3 Tingkat kemandirian Lansia menurut Indeks Katz

A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian, dan mandi.
B	Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar mandi, dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar mandi, berpindah, dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Sumber : Azizah, (2012)

e. Pengkajian Status Kognitif (mental) lansia

Pemeriksaan status mental memberikan sampel perilaku dan kemampuan mental dalam fungsi intelektual.

Tabel 2.4 : 3Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini?
		2	Hari apa sekarang?
		3	Apa nama tempat ini?
		4	Dimana alamat anda?
		5	Berapa anak anda?
		6	Kapan anda lahir?
		7	Siapakah presiden Indonesia saat ini?
		8	Siapakah presiden Indonesia sebelumnya?
		9	Siapakah nama ibu anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari angka baru semua secara menurun.
Jumlah			

Interpretasi:

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh
 Salah 4-5 : fungsi intelektual kerusakan ringan
 Salah 6-8 : fungsi intelektual kerusakan sedang
 Salah 9-10 : fungsi intelektual kerusakan berat

Tabel 2.5 : Mini-Mental State Exam (MMSE)

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan • Tahun • Musim • Tanggal • Hari • Bulan
2	Orientasi	5		Dimana sekarang kita berada? • Negara • Provinsi • Kabupaten
	Registrasi	3		Sebutkan 3 nama objek (kursi, meja, kertas), kemudian tanya kan kepada klien, menjawab: 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas
3	Perhatian dan kalkulasi	5		Meminta klien berhitung mulai dari 100, kemudian dikurangi 7 sampai 5 tingkat 1. 100, 92, ..., ..., ...
4	Mengingat	3		Meminta klien untuk menyebutkan objek pada point 3. 1. Kursi 2. Meja 3.
5	Bahasa	9		Menanyakan kepada klien tentang benda (sambal menunjuk benda tersebut). 1. Jendela 2. Jam dinding

				Meminta klien untuk mengulang kata berikut “tanpa, jika, dan, atau, tetapi”. Klien menjawab, dan, atau, tetapi. Meminta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah. Ambil pulpen di tangan anda, ambil kertas, menulis “saya mau tidur”. 1. Ambil pulpen 2. Ambil kertas 3. Perintahkan klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 poin): “tutup mata anda”. 1. Klien menutup mata Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar (2 buah segi 5).
Total		30		

Skor:

24-30 : Normal

17-33 : Probable gangguan kognitif

0-16 : Definitif gangguan kognitif

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan melalui 4 tehnik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi. (Nursalam, 2008 : 40)

1. Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan kardiovaskuler biasanya lemah

2. Kesadaran

Kesadaran klien biasanya *Composmentis*, *Apatis* sampai *Somnolen*

3. Tanda tanda vital

- a. Terdiri dari pemeriksaan: Suhu normalnya (36°C - 37°C)
- b. Nadi meningkat (N: 70-82x/menit)
- c. Tekanan darah meningkat atau menurun (Normalnya sistolik ≤ 140 dan diastolik ≤ 90 mmHg)
- d. Pernafasan biasanya mengalami peningkatan

4. Antropometri

Berat badan meningkat (obesitas) merupakan faktor resiko hipertensi (Udjianti, 2010)

5. Pemeriksaan kepala dan leher

Pada hipertensi pasien akan mengeluh sakit kepala bagian belakang atau pusing dan kaku kuduk.

6. Pemeriksaan Thorax

a. Inspeksi Thorax

Perawat mengobservasi kesimetrisan, irama pernafasan, oedema dan kekuatan dari pada denyut jantung.

b. Pemeriksaan Paru

Palpasi : Kaji adanya nyeri tekan, masa, pernafasan pendek serta fokal fremitus.

Perkusi : Kaji bunyi paru, normal suara resonan.

Inspeksi : Kaji suara nafas baik intensitas maupun durasi.

c. Pemeriksaan Jantung

Inspeksi : Kekuatan denyut jantung dapat diobservasi dengan mengamati gerakan jantung pada dada

Palpasi : Untuk mengenal ukuran jantung dan denyut nadi. Pembesaran yang terjadi mungkin karena hipertropi

Perkusi : Redup, batas jantung ICS II linea sternalis kanan- ICS II linea sternalis kiri, ICS II 2-3cm kekiri dari linea sternalis kiri, ICS IV linea sternalis kanan/kiri- ICS V mid klavikula line kiri.

Auskultasi :Terdengar S1,S2 tunggal/reguler

7. Pemeriksaan Integumen

Observasi terhadap warna, kulit pucat, dan dhiaporesis (kongesti, hipoksemia). Bisa juga kulit berwarna kemerahan.

8. Pemeriksaan Ekstremitas

Adanya perubahan warna kulit, suhu dingin (vasokonstriksi perifer), pengisian kapiler mungkin lambat atau tertunda (vasokonstriksi)

9. Status Neurologis

a. Pemeriksaan Nervus Olfactorius (N I)

Pemeriksaan dilakukan untuk memastikan tidak adanya sumbatan atau kelainan pada rongga hidung.

b. Pemeriksaan Nervus Optikus (N II)

i. Pemeriksaan Daya Penglihatan (Visus)

Pemeriksaan ini untuk memastikan bahwa penderita tidak mempunyai kelainan pada mata misalnya, katarak, jaringan parut atau kekeruhan pada kornea, peradangan pada mata (iritis, uveitis), glaukoma, korpus alienum.

ii. Pemeriksaan Lapang Pandang

Pemeriksaan ini bertujuan untuk memeriksa batas-batas penglihatan bagian perifer.

c. Pemeriksaan Nervus Okularis (N, III, IV, VI)

I. Pemeriksaan gerakan bola mata

Pemeriksaan ini bertujuan untuk memeriksa ada tidaknya gerakan bola mata di luar kemauan penderita (nistagmus).

II. Pemeriksaan kelopak mata

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi ada tidaknya ptosis, yaitu kelopak mata yang menutup.

III. Pemeriksaan pupil

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat refleksi dari pupil terhadap cahaya. Dan untuk membandingkan diameter pupil kanan dan kiri.

d. Pemeriksaan Nervus Trigeminus (N V)

Nervus trigeminus bertanggungjawab terhadap sensasi rasa, nyeri, dan temperatur pada muka. Selain itu, nervus ini juga mengontrol gerakan otot yang berperan dalam mengunyah makanan.

e. Pemeriksaan Nervus Facialis (N VII)

I. Pemeriksaan motorik nervus fasialis

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengamati muka penderita bagian kiri dan kanan apakah simetris atau tidak.

II. Pemeriksaan viseromotorik

Untuk memeriksa kondisi kelenjar lakrimalis, basah atau kering

f. Pemeriksaan Nervus Akustikus (N VIII)

I. Pemeriksaan fungsi pendengaran

Untuk membandingkan daya transport melalui tulang di telinga kanan dan kiri penderita.

II. Pemeriksaan fungsi vestibular

Untuk memeriksa ada atau tidaknya pada gangguan keseimbangan.

g. Pemeriksaan Nervus Glosfaringus

Untuk memeriksa ada tidaknya gangguan pada lidah penderita.

h. Pemeriksaan Nervus Vagus (N X)

Untuk memeriksa ada atau tidaknya kelumpuhan pada mulut penderita.

i. Pemeriksaan Nervus Aksesorius (N XII)

Untuk mengetahui adanya paralisis m, paralisis m trapezius. Pada inspeksi akan tampak bahu penderita di sisi yang sakit adalah lebih rendah daripada di sisi yang sehat.

j. Pemeriksaan Nervus Hiplogosus (N XIII)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat ada tidaknya kelumpuhan pada lidah penderita

10. Pemeriksaan Refleks

Reflek Fisiologis

I. Pemeriksaan Refleks pada Lengan/Tangan

Refleks pada lengan/tangan yang paling penting adalah refleks biceps, refleks triceps, refleks brachioradialis, dan refleks jari fleksor. Pemeriksaan keempat refleks tersebut dilakukan secara rutin pada pemeriksaan neurologis untuk memeriksa refleks pada lengan/tangan.

a. Refleks Biceps

- a) Pasien dalam keadaan duduk dan relaks.
- b) Lengan pasien harus relaks dan sedikit ditekuk/fleksi pada siku dengan telapak tangan mengarah ke bawah.
- c) Letakkan siku pasien pada lengan/tangan pemeriksa.
- d) Letakkan ibu jari pemeriksa untuk menekan tendon biceps pasien.
- e) Dengan menggunakan palu refleks, pukul ibu jari anda (yang menekan tendon tadi) untuk memunculkan refleks biceps.
- f) Reaksi pertama adalah kontraksi dari otot biceps dan kemudian fleksi pada siku.
- g) Biceps adalah otot supinator untuk lengan bawah, hal tersebut akan menimbulkan gerakan supinasi.

h) Jika refleks ini meningkat, daerah refleks akan meluas dan refleks ini akan muncul dengan cara memukul klavikula; akan terjadi fleksi pada pergelangan dan jari-jari tangan; dan juga adduksi dari ibu jari.

i) M. Biceps brachii diinervasi oleh n. musculocutaneus (C5-C6).

b. Refleks triceps

- a) Pasien diminta untuk duduk dalam posisi yang relaks.
- b) Letakkan lengan pasien pada lengan/tangan pemeriksa.
- c) Posisi pasien sama seperti saat pemeriksaan refleks biceps.
- d) Pasien diminta untuk me-relaks-kan lengannya.
- e) Saat lengan pasien sudah benar-benar relaks (dengan cara palpasi otot triceps : tidak tegang), pukul tendon triceps yang melalui fossa olecranii.
- f) Reaksinya adalah kontraksi otot triceps dan sedikit terhentak. Reaksi ini dapat terlihat ataupun dirasakan oleh lengan pemeriksa yang menahan lengan pasien.
- g) M. Triceps brachii diinervasi oleh n. Radialis (C6-C8).

Proses refleks melalui C7.

II. Pemeriksaan Refleks pada Tungkai

a. Refleks Patella/Quadriceps

- a) Pasien duduk dengan posisi tungkai menggantung.
- b) Lakukan palpasi pada sisi kanan dan sisi kiri tendon patella.
- c) Tahan daerah distal paha dengan menggunakan satu tangan, sedangkan tangan yang lain memukul tendon patella untuk memunculkan refleks patella.
- d) Tangan pemeriksa yang menahan bagian distal paha akan merasakan kontraksi otot quadriceps dan pemeriksa mungkin dapat melihat gerakan tiba-tiba dari tungkai bagian bawah.

b. Refleks Achilles

- a) Pasien diminta untuk duduk dengan satu tungkai menggantung, atau berbaring dengan posisi supine, atau berdiri dengan bertumpu pada lutut dimana bagian bawah tungkai dan kaki berada di luar meja pemeriksaan.
- b) Tegangkan tendon Achilles dengan cara menahan kaki di posisi dorsofleksi.
- c) Pukul tendon Achilles dengan ringan dan cepat untuk memunculkan refleks Achilles, yaitu fleksi kaki yang tiba-tiba.

d) “Reinforcement” juga dapat dilakukan pada pemeriksaan ini.

Reflek Patologis

Refleks patologis adalah refleks-refleks yang tidak dapat dibangkitkan pada orang-orang sehat, kecuali pada bayi dan anak kecil. Kebanyakan merupakan gerakan reflektorik defensif atau postural yang pada orang dewasa yang sehat terkelola dan ditekan oleh aktivitas susunan pyramidal

a. Refleks Hoffman dan Tromner

Dilakukan dengan ekstensi jari tengah pasien. Refleks Hoffmann diperiksa dengan cara melakukan petikan pada kuku jari tengah. Refleks Tromner diperiksa dengan cara mencolek ujung jari tengah. Refleks Hoffmann-Tromner positif jika timbul gerakan fleksi pada ibu jari, jari telunjuk, dan jari-jari lainnya.

b. Reflek Babinski

Goreskan ujung palu refleks pada telapak kaki pasien. Goresan dimulai pada tumit menuju ke atas dengan menyusuri bagian lateral telapak kaki, kemudian setelah sampai pada pangkal kelingking, goresan dibelokkan ke medial sampai akhir pada pangkal jempol kaki. Refleks Babinski positif jika ada respon dorsofleksi ibu jari yang disertai pemekaran jari-jari yang lain.

c. Refleks Chaddock

Dilakukan goresan dengan ujung palu refleks pada kulit dibawah maleolus eksternus. Goresan dilakukan dari atas ke bawah (dari proksimal ke distal). Refleks Chaddock positif jika ada respon dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai pemekaran jari-jari yang lain.

d. Refleks Oppenheim

Dengan menggunakan jempol dan jari telunjuk pemeriksa, tulang tibia pasien diurut dari atas ke bawah. Refleks Oppenheim positif jika ada respon dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai pemekaran jari-jari yang lain

e. Refleks Gordon

Dilakukan pemijatan pada otot betis pasien. Refleks Gordon positif jika ada respon dorsofleksi ibu jari yang disertai pemekaran dari jari-jari yang lain.

f. Refleks Schaefer

Dilakukan pemijatan pada tendo Achilles penderita. Refleks Schaefer positif jika ada respon dorsofleksi ibu jari yang disertai pemekaran jari-jari yang lain.

g. Refleks Rossolimo-Mendel Bechterew

Refleks Rossolimo diperiksa dengan cara melakukan ketukan palu refleks pada telapak kaki di daerah basis jari-jari pasien.

11. Tanda Rangsang Meningeal

Tanda-tanda meningeal timbul karena tertariknya radiks-radiks saraf tepi yang hipersensitif karena adanya perangsangan atau peradangan pada selaput otak meninges (meningitis) akibat infeksi, kimiawi maupun karsinomatosis. Perangsangan meningeal bisa terjadi juga akibat perdarahan subarachnoid.

a. Kaku Kuduk

- a) Penderita berbaring terlentang di atas tempat tidur.
- b) Secara pasif kepala penderita dilakukan fleksi dan ekstensi.
- c) Kaku kuduk positif jika sewaktu dilakukan gerakan, dagu penderita tidak dapat menyentuh dua jari yang diletakkan di incisura jugularis, terdapat suatu tahanan

b. Tanda Brudzinkski I

- a) Pasien berbaring terlentang.
- b) Tangan kiri pemeriksa diletakkan di bawah kepala pasien.
- c) Kemudian dilakukan gerakan fleksi pada kepala pasien dengan cepat, gerakan fleksi ini dilakukan semaksimal mungkin.

- d) Tanda Brudzinski positif jika sewaktu dilakukan gerakan fleksi kepala pasien timbul fleksi involunter pada kedua tungkai

c. Tanda Kernig

- a) Pasien berbaring terlentang.
- b) Pemeriksa melakukan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut dari pasien.
- c) Kemudian dilakukan ekstensi pada sendi lutut.
- d) Tanda Kernig positif jika pada waktu dilakukan ekstensi pada sendi lutut $< 135^{\circ}$, timbul rasa nyeri, sehingga ekstensi sendi lutut tidak bisa maksimal

d. Tanda Brudzinski II

- a) Pasien berbaring terlentang.
- b) Tungkai bawah pasien dilakukan fleksi secara pasif pada sendi panggul dan sendi lutut (seperti Tanda Kernig).
- c) Tanda Brudzinski II positif jika sewaktu dilakukan gerakan di atas tadi, tungkai yang kontralateral secara involunter ikut fleksi.

12. Saraf Simpatis dan Parasimpatis

Saraf simpatis keluar dari serabut saraf spinal daerah thoracal dan lumbal.

Neuron simpatis postganglionik dikendalikan oleh neuron simpatis preganglionik yang dibungkus myelin, yang terletak pada cornu lateral medulla spinalis dan mengirimkan axonnya ke ganglia simpatis. Neuron dari rantai simpatis dihubungkan oleh interneuron. Ganglia simpatis lainnya terletak di viscera yang berhubungan dengan nervus splanhnicus yang bersifat otonom. Ganglia simpatis ini mengurus organ target seperti lambung dan medulla adrenal. Serabut saraf simpatis mengurus hampir semua organ viscera. **Saraf parasimpatis** berhubungan hanya dengan saraf cranial tertentu seperti N.III, V, X, dan saraf spinal dari sacral. Saraf parasimpatis yang paling menonjol adalah nervus vagus (N.X). Nervus vagus mengurus organ paru paru, jantung, dan saluran cerna. Serabut saraf parasimpatis bersifat preganglionik, badan selnya berada di nuclei motorik batang otak atau medulla spinalis daerah sacral. Neuron postganglionik pendek, keluar dari ganglia perifer di dekat dan pembuluh darahnya.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral

2.4.3 Intervensi

Tabel 2.6 Intervensi

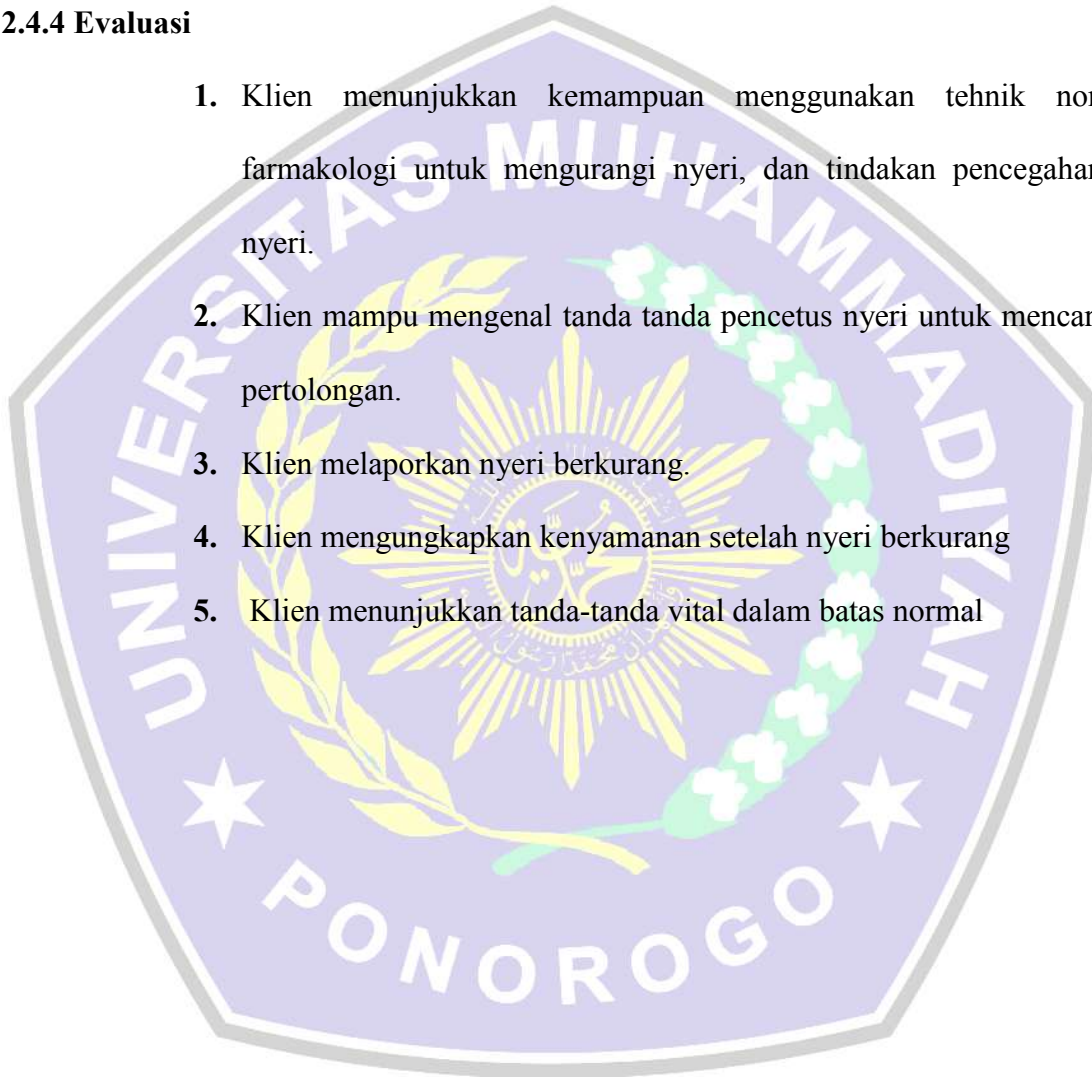
Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral	NOC : <i>Pain level</i> <i>Pain control</i> <i>Comfort level</i> Kriteria Hasil : - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - Mampu mengenal nyeri (skala, frekuensi, intensitas dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	- Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan pencetus. - Memberikan pasien penatalaksanaan non farmakologi - Observasi adanya tanda nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik. - Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri - Dorong istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri - Kolaborasikan dengan tim medis untuk pemberian analgesik atau obat antihipertensi.

2.4.3 Implementasi

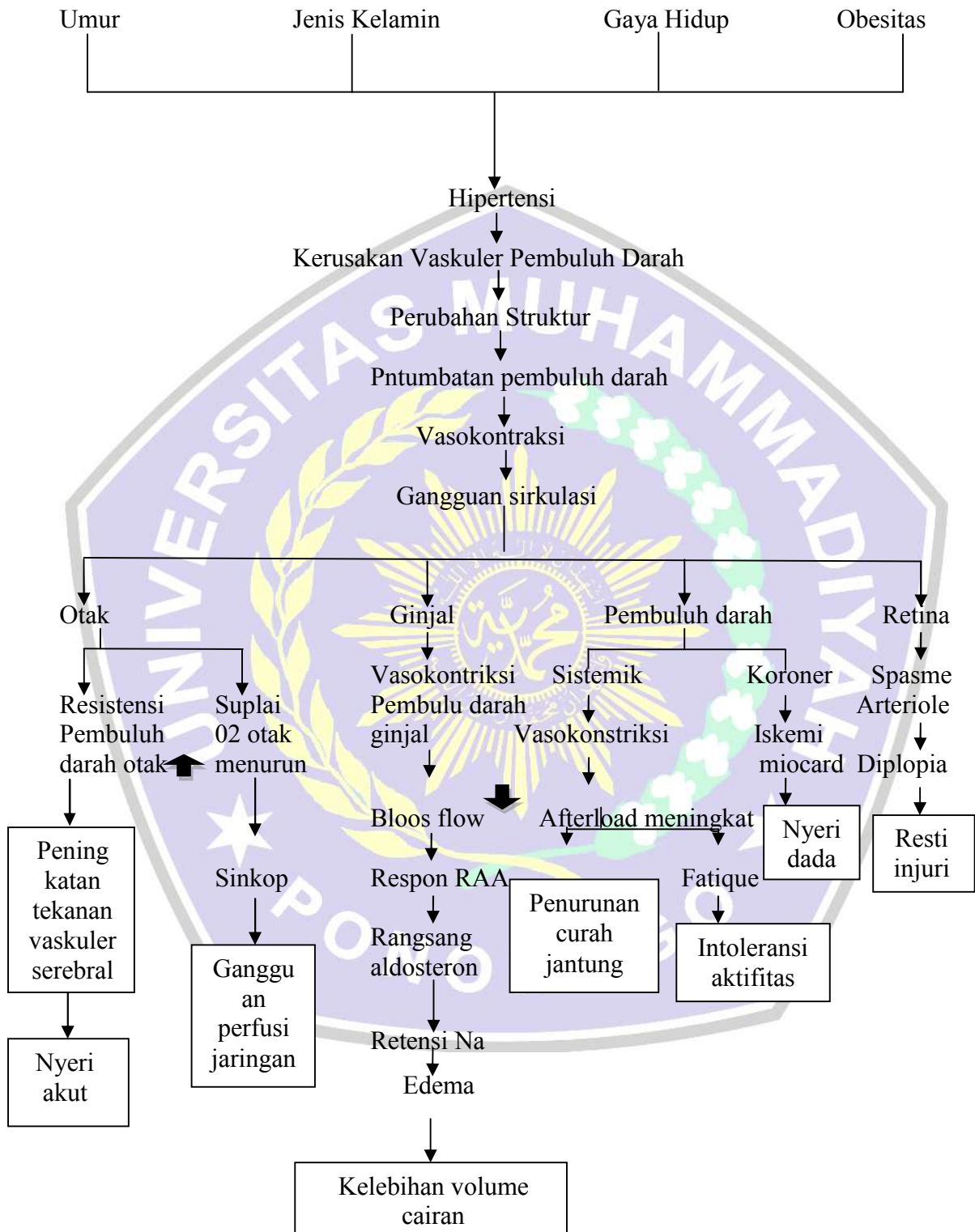
Merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang sudah direncanakan pada tindakan keperawatan

2.4.4 Evaluasi

1. Klien menunjukkan kemampuan menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, dan tindakan pencegahan nyeri.
2. Klien mampu mengenal tanda tanda pencetus nyeri untuk mencari pertolongan.
3. Klien melaporkan nyeri berkurang.
4. Klien mengungkapkan kenyamanan setelah nyeri berkurang
5. Klien menunjukkan tanda-tanda vital dalam batas normal

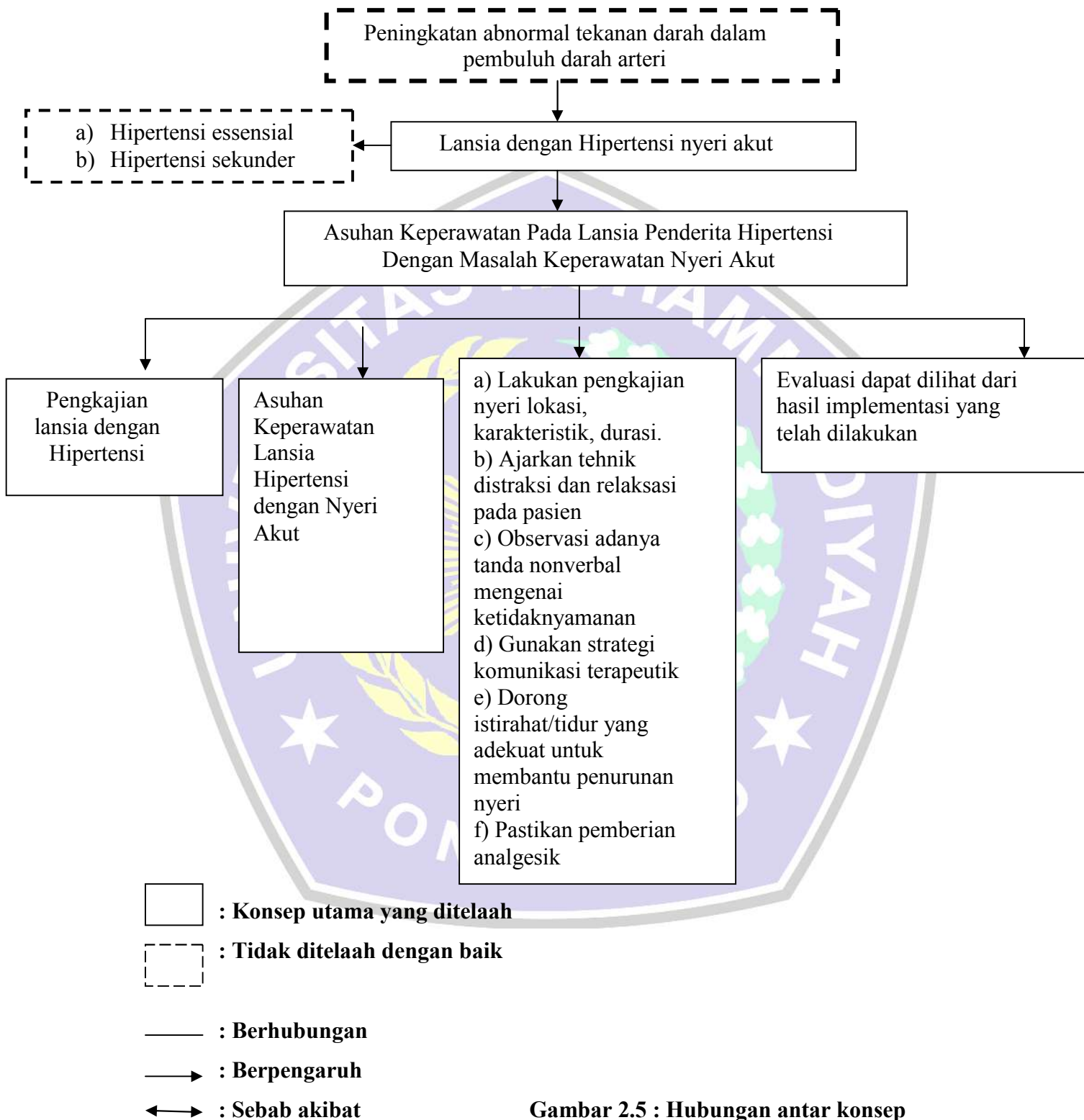


2.4.5 Pathway



Gambar 2.4 : Pathway Hipertensi

2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.5 : Hubungan antar konsep