

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Hipertensi

1. Pengertian

a. Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih, berdasarkan rata-rata tiga kali pengukuran atau lebih yang diukur secara terpisah.

(NHLBI, 2004 dalam Priscilla dkk, 2016).

b. Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal dan pembuluh darah dan semakin tinggi tekanan darah semakin besar resikonya.

(Sylvia A.Price dalam Nurarif & Kusuma, 2015)

c. Hipertensi berkaitan dengan kenaikan tekanan darah sistolik atau tekanan diastolik atau tekanan keduanya. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi persisten dimana tekanan sistoliknyanya diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. Pada populasi manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg.

(Brunner & Suddarth, 2005).

2. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan :

a. Hipertensi Primer

Disebut juga hipertensi idiopatik karena tidak diketahui penyebab.

Faktor yang mempengaruhinya yaitu : genetik, lingkungan, hiperaktivitas saraf simpatis system renin. Angiotensin dan peningkatan Na + Ca intraseluler. Faktor-faktor yang meningkatkan resiko : obesitas, merokok, alkohol dan polisitemia.

b. Hipertensi Sekunder

Penyebab yaitu : penggunaan estrogen, penyakit ginjal, sindrom chusing dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

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

- 1) Elastisitas dinding aorta menurun
- 2) Katub jantung menebal dan menjadi kaku
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
- 5) Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

(Nurarif & Kusuma, 2015)

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala hipertensi dibedakan menjadi :

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu :

- 1) Mengeluh sakit kepala, pusing
- 2) Lemas, kelelahan
- 3) Sesak nafas
- 4) Gelisah
- 5) Mual
- 6) Muntah
- 7) Epistaksis
- 8) Kesadaran menurun

(Nurarif & Kusuma, 2015)

4. Komplikasi

Tekanan darah tinggi apabila tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri dalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut.

Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ-organ sebagai berikut :

a. Jantung

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan terjadinya gagal jantung dan penyakit jantung koroner. Pada penderita hipertensi, beban kerja jantung akan meningkat, otot jantung akan mengendur dan berkurang elastisitasnya yang disebut dekompensasi. Akibatnya jantung tidak mampu lagi memompa sehingga banyak cairan di paru maupun jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak nafas atau odema. Kondisi ini disebut gagal jantung.

b. Otak

Komplikasi pada otak dapat menimbulkan resiko stroke, apabila tidak diobati resiko terkena stroke menjadi 7 kali lebih besar.

c. Ginjal

Tekanan darah tinggi juga menyebabkan kerusakan ginjal, tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan di dalam ginjal akibatnya lambat laun ginjal tidak mau membuang zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan didalam tubuh.

d. Mata

Pada mata hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya retinopati hipertensi dan menimbulkan kebutaan.

(Wijaya & Putri, 2017)

5. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Nonfarmakologi

Penatalaksanaan Hipertensi dengan nonfarmakologi terdiri dari berbagai macam cara modifikasi gaya hidup untuk menurunkan tekanan darah yaitu :

1) Mempertahankan berat badan ideal

Mempertahankan berat badan ideal sesuai *Body Mass Index* (BMI) dengan rentang 18,5-24,9 kg/m² (Kaplan, 2006). BMI dapat diketahui dengan membagi berat badan dengan tinggi badan yang telah dikuadratkan dalam satuan meter. Mengatasi obesitas juga dapat dilakukan dengan melakukan diet rendah kolesterol namun kaya dengan serat dan protein, dan jika berhasil menurunkan berat badan 2,5-5 kg maka tekanan darah diastolik dapat diturunkan sebanyak 5 mmHg. Kurangi asupan natrium sodium dapat dilakukan dengan cara diet rendah garam yaitu tidak lebih dari 100 mmol/hari (kira-kira 6 gr NaCl atau 2,4 gr garam/ hari). Jumlah yang lain dengan mengurangi asupan garam sampai kurang dari 2300 mg (1 sendok teh) setiap hari. Pengurangan konsumsi garam menjadi ½ sendok teh/hari,

dapat menurunkan tekanan sistolik sebanyak 5 mmHg dan tekanan diastolik sekitar 2,5 mmHg.

2) Batasi konsumsi alkohol

Mengonsumsi alkohol harus dibatasi karena mengonsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah. Para peminum berat mempunyai resiko mengalami hipertensi empat kali lebih besar dari pada mereka yang tidak minum-minuman beralkohol.

3) Menghindari merokok

Merokok memang tidak berhubungan langsung dengan timbulnya hipertensi, tetapi merokok dapat meningkatkan risiko komplikasi pada pasien hipertensi seperti penyakit jantung dan stroke, maka perlu dihindari mengonsumsi rokok karena dapat memperberat hipertensi.

4) Penurunan stress

Stress memang tidak menyebabkan hipertensi yang menetap namun jika episode stress sering terjadi dapat menyebabkan kenaikan sementara yang sangat tinggi. Menghindari stress dengan menciptakan suasana yang menyenangkan bagi penderita hipertensi dan memperkenalkan berbagai metode relaksasi seperti yoga, autogenikatau meditasi yang dapat mengontrol sistem saraf yang akhirnya dapat menurunkan tekanan darah.

5) Terapi massase (pijat)

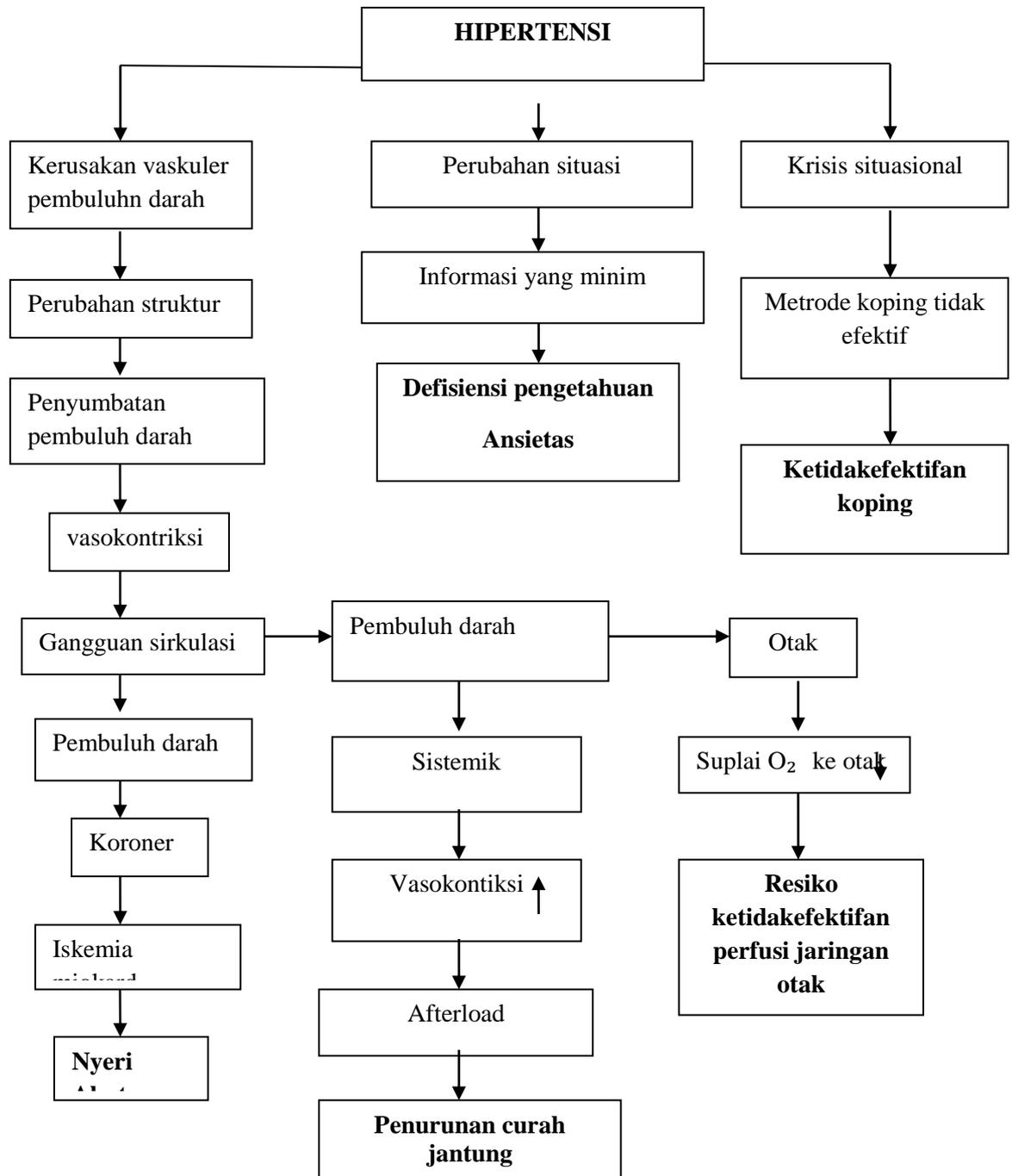
Pada prinsipnya pijat yang dilakukan pada penderita hipertensi adalah untuk memperlancar aliran energi dalam tubuh sehingga gangguan hipertensi dan komplikasinya dapat diminimalisir, ketika semua jalur energi terbukadan aliran energi tidak lagi terhalang oleh ketegangan otot dan hambatan lain pada resiko hipertensi dapat ditekan.

(Wijaya & Putri, 2017)

6. Patofisiologi

Kerja jantung terutama ditentukan oleh besarnya curah jantung dan tekanan perifer. Curah jantung pada penderita hipertensi umumnya normal. Adanya kelainan terutama pada peninggian tahanan perifer. Kenaikan tahanan perifer ini disebabkan oleh karena vasokonstriksi arteriol akibat naiknya tonus otot polos pada pembuluh darah tersebut. Bila hipertensi sudah berjalan cukup lama maka akan dijumpai adalah adanya perubahan-perubahan struktural pada pembuluh darah arteriol berupa penebalan pada tunika interna dan adanya hipertropi pada tunika medis. Dengan adanya hipertropi dan hiperplasi, maka sirkulasi darah dalam otot jantung tidak mencukupi lagi sehingga terjadi anoreksia relatif. Keadaan ini diperkuat dengan adanya sklerosis koroner (Wijaya, 2011).

Bagan 2.1
Pathway



(Nurarif & Kusuma, 2015)

B. Konsep nyeri

1. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Klasifikasi ini berdasarkan pada waktu atau durasi terjadinya nyeri.

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam kurun waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan. Nyeri akut yang tidak diatasi secara adekuat mempunyai efek yang membahayakan di luar ketidaknyamanan yang disebabkan karena dapat mempengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik (Potter & Perry, 2005).

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan, karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Jadi nyeri ini biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan (Guyton & Hall, 2008). Nyeri kronik mengakibatkan supresi pada fungsi sistem imun yang dapat meningkatkan pertumbuhan tumor, depresi, dan ketidakmampuan.

Berdasarkan sumbernya, nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri nosiseptif dan neuropatik (Potter & Perry, 2005).

a. Nyeri nosiseptif

Nosiseptif berasal dari kata “noxious/harmful nature” dan dalam hal ini ujung saraf nosiseptif, menerima informasi tentang stimulus yang mampu merusak jaringan. Nyeri nosiseptif berdifat tajam, dan berdenyut (Potter & Perry, 2005).

b. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik mengarah pada disfungsi di luar sel saraf. Nyeri neuropatik terasa seperti terbakar kesemutan dan hipersensitif terhadap sentuhan atau dingin. Nyeri spesifik terdiri atas beberapa macam, antara lain nyeri somatik, nyeri yang umumnya bersumber dari kulit dan jaringan di bawah kulit (superficial) pada otot dan tulang. Macam lainnya adalah nyeri menjalar (referred pain) yaitu nyeri yang dirasakan di bagian tubuh yang jauh letaknya dari jaringan yang menyebabkan rasa nyeri, biasanya dari cedera organ visceral. Sedangkan nyeri visceral adalah nyeri yang berasal dari bermacam-macam organ viscera dalam abdomen dan dada.

(Guyton & Hall, 2008)

2. Konsepnyeriakut

Menurut standar diagnosa keperawatan Indonesia(2016), konsep nyeri akut sebagai berikut:

a. Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan

kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b. Penyebab

Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (abses, amputasi, terpotong, terbakar, mengangkat berat, trauma, latihan fisik berlebihan).

c. Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama atau berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran subjektif nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai alat pengukur nyeri seperti skala analog, skala numerik.

d. Karakteristik nyeri

Karakteristik nyeri meliputi lokasi nyeri, penyebaran nyeri, durasi, irama (terus menerus, hilang timbul) dan kualitas nyeri (seperti ditusuk, seperti terbakar, sakit, dan sebagainya).

e. Faktor faktor yang mempengaruhi toleransi nyeri

Berbagai perilaku sering diidentifikasi klien sebagai faktor yang mengubah intensitas nyeri misal aktivitas, istirahat, pengerahan tenaga, posisi tubuh, penggunaan obat, dan apa yang diyakini klien

dapat membantu dirinya, perilaku ini sering didasarkan pada upaya *try and error*.

f. Respon tubuh terhadap nyeri

1). Responfisik

Respon fisik timbul karena pada saat impuls nyeri di transmisikan oleh medulla spinalis menuju batang otak dan thalamus, system saraf otonom terstimulasi, sehingga menimbulkan respon yang serupa dengan respon tubuh terhadap stress. Pada skala nyeri ringan sampai moderat tubuh merespon saraf simpatis. Sedangkan pada nyeri yang berat dan tidak dapat ditoleransi akan mengakibatkan stimulasi terhadap saraf parasimpatis.

2). Responpsikologis

Respon psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien terhadapnyeri yang terjadi atau arti nyeri bagi klien. Klien yang mengartikannyeri sebagai sesuatu negatif cenderung memiliki suasana hati sedih,berduka, ketidakberdayaan, dan dapat berbalik menjadi rasa marah danfrustasi. Sebaliknya pada klien yang memiliki persepsi nyeri sebagai pengalaman yang positif akan menerima nyeri yang dialaminya.

(Kozier & Erb,1998, dalam Anas Tamsuri, 2017)

C. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi

1. Pengkajian

Data biografi : nama, alamat, umur, tanggal MRS, diagnosa medis, penanggung jawab, catatan kedatangan.

2. Riwayat kesehatan

- a. Keluhan utama: biasanya pasien datang ke RS dengan keluhan kepala terasa pusing, bagian kuduk terasa berat, dan tidak bisa tidur.
- b. Riwayat kesehatan sekarang: biasanya pada saat melakukan pengkajian pasien mengeluh kepala terasa sakit dan berat, penglihatan berkunang kunang, dan tidak bisa tidur.
- c. Riwayat kesehatan dahulu : biasanya penyakit hipertensi ini adalah penyakit yang menahun yang sudah lama dialami oleh pasien dan biasanya pasien mengkonsumsi obat rutin seperti captopril.
- d. Riwayat kesehatan keluarga : biasanya penyakit hipertensi adalah penyakit keturunan.
- e. Aktivitas / istirahat
 - 1) Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.
 - 2) Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.
- f. Sirkulasi
 - 1) Gejala :
 - a) Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/

katup dan penyakit serebrovaskuler

b) Episode palpitasi

2) Tanda :

a) Peningkatan tekanan darah

b) Nadi denyutan jelas dari karotis,ugularis,radialis, takikardia

c) Murmur stenosis vulvular

d) Distensi vena jugularis

e) Kulit pucat,sianosis ,suhu dingin (vasokonstriksi perifer)

f) Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda

g. Integritas ego

1) Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, factor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).

2) Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak, otot uka tegang, menghela nafas, peningkatan pola bicara.

h. Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu.

i. Makanan / cairan

1) Gejala :

a) Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi

garam, lemak serta kolesterol

- b) Mual, muntah dan perubahan berat badan saat ini
(meningkat/turun)
- c) Riwayat penggunaan diuretic

2) Tanda :

- a) Berat badan abnormal atau obesitas
- b) Adanya edema
- c) Glikosuria
- d) Neurosensori

3) Gejala :

- a) Keluhan pening / pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital
(terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah
beberapa jam)
- b) Gangguan penglihatan (diploopia, penglihatan abur, epistaksis)

4) Tanda :

- a) Status mental, perubahan keterjagaanm orientasi, pola/ isi
bicara, efek, proses piker
- b) Penurunan kekuatan gengaman tangan

j. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : angina (penyakit arteri koroner / keterlibatan jantung),
sakit kepala

k. Pernapasan

1) Gejala :

- a) Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/ kerja, takipnea, ortopnea.
- b) Batuk dengan / tanpa pembentukan sputum
- c) Riwayat merokok

2) Tanda :

- a) Distress pernapasan / penggunaan otot aksesori pernapasan
- b) Bunyi napas tambahan (crakles/mengi)
- c) Sianosis

1. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural.

(Doengoes, 2019)

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien menurut (Nurarif, 2015) dengan hipertensi :

- a. Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload
- b. Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler selebral dan iskemia
- c. Kelebihan volume cairan

Table 2.1 Intervensi Keperawatan

Masalah Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Penurunan curah jantung</p> <p>Definisi : ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolic tubuh</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tubuh klien kembali normal dengan kriteria hasil :</p> <p>Berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan afterload • Perubahan kontraktilitas • Perubahan frekuensi jantung • Perubahan preload • Perubahan irama • Perubahan volume sekuncup 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan) b. Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan c. Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asietas d. Tidak ada penurunan kesadaran 	<p>NIC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan RR 2. Monitor status kardiovaskuler 3. Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output 4. Monitor suara paru 5. Monitor bunyi jantung 6. Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perpusi 7. Monitor toleransi aktivitas pasien 8. Monitor adanya dyspneu, fatigue, takipneu dan ortopneu 9. Anjurkan untuk menurunkan stress 10. Kolaborasi pemberian aritmia

Masalah Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : pengalaman sensoridan emosionalSetelahdilakukantindakankeperawatanselama 3 x24 yang tidak menyenangkan yang muncul akibatjamdiharapkan nyeri berkurangdengan kriteriahasil : kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa.</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen cedera (biologis, zat kimia, fisik, psikologis) • Perubahan tekanan darah • Perubahan frekuensi jantung 	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi atau mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>NIC:</p> <p>Manajemen Nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi 2. Gunakan tehnik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri 3. Control lingkungan yang dapat mengurangi nyeri 4. Kurangi factor presipitasi nyeri 5. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inyterpersonal) 6. Tingkatkan istirahat ajarkan tentang tehnik non farmakologi evaluasi keefektifan control nyeri 7. Berikan analgesic untuk mengurangi nyeri 8. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri yang tidak berhasil

Masalah Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Kelebihan volume cairan</p> <p>Definisi : peningkatan retensi cairan isotonic</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan mekanisme regulasi • Kelebihan asupan cairan • Kelebihan asupan natrium • Perubahan tekanan darah • Edema 	<p>NOC:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tubuh klien kembali normal dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terbebas dari edema, efusi, anaskara b. Bunyi nafas bersih tidak ada dyspnea c. Terbebas dari distensi vena jugularis memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal 	<p>NIC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor vital sign 3. Monitor berat badan 4. Monitor tekanan darah orthostatic dan perubahan irama jantung 5. Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan 6. Monitor status nutrisi 7. Catat secara akurat intake dan output 8. Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na < 130 mEq/l 9. Kolaborasi pemberian diuretic sesuai intruksi 10. Kolaborasi dengan dokter jika ada tanda cairan berlebih muncul memburuk

(Nurarif & Kusuma, 2015)

4. Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi) dan kemampuan teknis keperawatan, penemuan perubahan pada pertahanan daya tahan tubuh, pencegahan komplikasi, penemuan perubahan sistem tubuh, pemantapan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesan tim medis serta mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan klien.

(Tarwoto & Wartonah, 2015).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistemik dan terencana mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dandilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Penilaian dalam keperawatan bertujuan untuk mengatasi pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

(Tarwoto & Wartonah, 2015).

